Allianz Care

Cuestionario dental

Si completas este formulario en papel, **RELLÉNALO EN MAYÚSCULAS**.

Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento D D / M M / A A A A

1. ¿Te están realizando o te han aconsejado realizar algún puente, corona, empaste, funda, implante, etc.? Sí ☐ No ☐

Si has contestado "Sí", proporciona más información

Coste esperado (incluyendo divisa)

Adjunta un plan de tratamiento/coste

2. ¿Sufres periodontitis (trastorno extenso de las encías y el soporte óseo de los dientes)? Sí ☐ No ☐

Si has contestado "Sí", proporciona más información

Datos del tratamiento en curso

Datos del tratamiento programado

Coste esperado (incluyendo divisa)

Adjunta un plan de tratamiento/coste

3. Odontograma

Cumplimenta el odontograma usando las abreviaturas indicadas. Para tu información, el primer diente frontal en la mandíbula superior izquierda se identifica con el número 21; el número 22 es el diente situado a la izquierda de éste.

Abreviaturas

Estado actual:

m	=	diente perdido / que falta	b	=	puente
g	=	diastema	i	=	implante
c	=	corona	in	=	empaste
f	=	tapadura	on	=	funda

Tipo de tratamiento planeado:

I	=	Implante	B	=	Puente
C	=	Corona	S	=	Elemento artificial de soporte
T	=	Corona telescópica	IN	=	Empaste
ON	=	Funda	M	=	Corona de metal porcelana

	Derecha								Izquierda								
Fecha de la atención médica (MM/AA)																	Fecha de la atención médica (MM/AA)
Tratamiento programado																	Tratamiento programado
Estado actual																	Estado actual
Mandíbula superior	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Mandíbula superior
Mandíbula inferior	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Mandíbula inferior
Estado actual																	Estado actual
Tratamiento programado																	Tratamiento programado
Fecha de la atención médica (MM/AA)																	Fecha de la atención médica (MM/AA)

Ejemplo

Si ya tienes una corona existente, la letra «c» debe introducirse en la fila «**Existente**» (situada arriba o abajo del número) y en la casilla que se refiere a ese diente. Del mismo modo, si un implante está programado, debes introducir una «I» en la casilla correspondiente de la fila «**Tratamiento programado**».

Tus datos personales

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad. Es un aviso importante que describe cómo trataremos tu información personal. Debes leerlo antes de enviarnos cualquier dato personal. Para leer nuestro aviso sobre protección de datos, visita **www.allianzcare.com/es/privacidad.html**

También puedes llamarnos al número **+353 1 630 1304** para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tienes alguna pregunta sobre cómo utilizamos tu información personal, puedes escribirnos a **AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com**

Declaración

Lee con atención la siguiente declaración y fírmala solo si la entiendes y aceptas.

(a) Declaro que toda la información proporcionada a través de este formulario es verdadera y completa, incluso la que no está escrita de mi puño y letra. Declaro que no he suprimido, falseado o alterado ningún hecho clínico sustancial. Entiendo que esta solicitud será la base del contrato entre Allianz Care y yo, y que cualquier declaración falsa, incorrecta o engañosa o cualquier omisión de información médica sustancial anulará el seguro.

(b) Me comprometo a informar a Allianz Care inmediatamente por escrito si se presentan cambios en mi estado de salud en el período entre la fecha en la que firmo el presente formulario y la fecha de comienzo de la cobertura.

(c) Renuncio a mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico y en el contexto de esta solicitud de seguro. Doy mi consentimiento para que Allianz Care, si lo considera oportuno, revise la declaración sobre mi estado de salud y compruebe con otras aseguradoras todos los datos de otros contratos anteriores o existentes, que yo haya solicitado.

(d) Sujeto a restricciones legales, Allianz Care (o sus asesores médicos, sus representantes o terceros expertos en caso de disputas) podrán solicitar mi información médica a profesionales médicos. En estas circunstancias autorizo a estos médicos, dentistas, profesionales médicos, empleados de hospitales, autoridades de salud e instituciones médicas a proporcionar la información médica solicitada. Hago esta declaración también en nombre de mis dependientes menores de 18 años y de los dependientes que no pueden juzgar el significado de la misma.

El solicitante que padece la enfermedad declarada debe firmar y fechar esta declaración y el formulario. Si el solicitante es menor de edad, uno de sus padres o el tutor deben firmar por él.

Firma _____ Fecha D D / M M / A A A A

Nombre en mayúsculas

Envía este cuestionario debidamente cumplimentado:

Correo electrónico: underwriting@e.allianz.com

Correo postal:
Equipo de evaluaciones (Underwriting Team)
Allianz Partners
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublín 12
Irlanda

Para cualquier pregunta sobre este formulario, contacta con nuestra línea de asistencia:

+ 353 1 630 1304
underwriting@e.allianz.com

FRM-DQ-ES-1023

AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). Registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Bobigny. La sucursal irlandesa está inscrita en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número 907619, en la dirección 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.