

Questionario dentale

Se stampa e compila a mano questo modulo, **PER FAVORE SCRIVA IN STAMPATELLO.**

Nome

 Cognome

 Data di nascita

G	G	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. Si sta attualmente sottoponendo (o le è stato raccomandato di sottoporsi) a sedute dentistiche per la realizzazione di corone, intarsi, ponti, piombature, ecc.? Sì No

Se sì, per favore fornisca maggiori informazioni

Costi preventivati (inclu la valuta di riferimento)

Alleggi il preventivo e/o il programma di trattamento.

2. Soffre di parodontite (infiammazione delle gengive e della struttura che sostiene i denti)? Sì No

Se sì, per favore fornisca maggiori informazioni

Informazioni sul trattamento in corso

Informazioni sul trattamento che è stato pianificato

Costi preventivati (inclu la valuta di riferimento)

Alleggi il preventivo e/o il programma di trattamento.

3. Tabella dei denti

Compili la tabella in basso utilizzando le abbreviazioni indicate di seguito. Consideri che l'incisivo centrale superiore sinistro corrisponde al numero 21, il dente che lo segue sulla sinistra è l'incisivo laterale e corrisponde al numero 22, e così via.

- Abbreviazioni**
- | | | |
|--------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Stato attuale: | Tipo di trattamento pianificato: | |
| m = dente mancante | I = impianto | B = ponte |
| g = chiusura di diastema | C = corona | S = elemento di supporto (protesi) |
| c = corona | T = corona telescopica | IN = intarsio |
| f = piombatura | ON = corona parziale | M = corona in metallo-ceramica |
| b = ponte | | |
| i = impianto | | |
| in = intarsio | | |
| on = corona parziale | | |

	Destra								Sinistra								
Data del trattamento (MM/AA)																	Data del trattamento (MM/AA)
Tipo di trattamento pianificato																	Tipo di trattamento pianificato
Stato attuale																	Stato attuale
Mascella (superiore)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Mascella (superiore)
Mandibola (inferiore)	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Mandibola (inferiore)
Stato attuale																	Stato attuale
Tipo di trattamento pianificato																	Tipo di trattamento pianificato
Data del trattamento (MM/AA)																	Data del trattamento (MM/AA)

Esempio per la compilazione della tabella dei denti:

Se, ad esempio, possiede già una corona in un dente, inserisca l'abbreviazione "c" nella riga "Stato attuale", nella casella corrispondente al numero del dente in questione. Se ha pianificato una seduta dentistica per la realizzazione di un impianto dentale, deve inserire una "I" in corrispondenza della riga "Tipo di trattamento pianificato", nella casella corrispondente al dente da trattare.

Protezione dei suoi dati personali

La nostra Informativa sulla protezione dei dati personali spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i suoi dati personali. Le consigliamo di leggerla prima di inviarci i suoi dati personali. Trova l'Informativa qui: www.allianzcare.com/it/privacy.html

In alternativa, può contattarci al numero + 353 1 630 1305 per richiedere una copia cartacea. Se ha delle domande in merito all'uso che facciamo dei suoi dati personali, ci contatti pure per e-mail all'indirizzo AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

Dichiarazione

Legga con attenzione e firmi solo se comprende totalmente e accetta quanto di seguito indicato.

- (a) Dichiaro che tutti i dati forniti in questo documento, inclusi quelli che non sono stati scritti di mio pugno, corrispondono a verità e sono completi. Dichiaro inoltre che non ho ommesso, falsato o edulcorato alcuna informazione importante ai fini della valutazione della mia richiesta di copertura. Comprendo che questo modulo costituisce la base del futuro contratto assicurativo tra me e Allianz Care e che qualsiasi dichiarazione falsa, incorretta o fuorviante da parte mia, o anche qualsiasi omissione nella dichiarazione della storia clinica mia o di eventuali familiari da includere in copertura potrebbe rendere nulla la polizza.
- (b) Sono responsabile di informare Allianz Care immediatamente e per iscritto di eventuali cambi nello stato di salute mio o dei miei familiari a carico che si verifichi tra la data in cui firmo questo modulo e la data di inizio della polizza.
- (c) Confermo di essere d'accordo a rinunciare ai miei diritti di segretezza e riservatezza in rispetto ai dati della mia storia clinica, allo scopo della valutazione di questa mia richiesta di copertura assicurativa. Autorizzo Allianz Care, laddove lo consideri appropriato, a verificare le dichiarazioni da me fatte sul mio stato di salute, cosa che potrebbe includere il mettersi in contatto con eventuali compagnie assicurative da cui sono stato assicurato anteriormente con una polizza di assicurazione sanitaria.
- (d) Comprendo che, fatte salve restrizioni di tipo legale, Allianz Care (o i suoi esperti, rappresentanti o amministratori terzi in caso di dispute) ha il diritto di richiedere informazioni sul mio conto a medici e ospedali. Autorizzo medici, specialisti, dentisti, altri professionisti della medicina e dipendenti di ospedali, enti sanitari e centri medici a fornire ad Allianz Care informazioni sulla mia storia clinica. Autorizzo lo stesso in riguardo a eventuali minori di 18 anni (o persone che per altre ragioni non possono comprendere appieno il significato di questa autorizzazione) che ho incluso in questa richiesta di copertura.

Questa sezione e il modulo per intero devono essere firmati e datati dal richiedente che presenta problemi odontoiatrici. Nel caso in cui il richiedente sia un minore, il documento deve essere firmato da un genitore o da chi ne fa le veci.

 Firma della persona che richiede copertura sanitaria _____	Data	<input type="text" value="G"/>	<input type="text" value="G"/>	/	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="M"/>	/	<input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="A"/>
Nome in stampatello	<input type="text"/>										

Per favore, invii il presente modulo debitamente compilato nelle seguenti modalità:

E-mail: underwriting@e.allianz.com
Posta: Ufficio anamnesi medica (Underwriting Team)
Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Ireland

Se ha delle domande in merito a questo modulo, contatti la nostra Helpline al numero + 353 1 630 1305, oppure invii un'e-mail all'indirizzo: underwriting@e.allianz.com

Il presente documento è una traduzione in italiano dell'originale in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

AWP Health & Life SA, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"), compagnia registrata in Francia, n.: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda, n.: 907619, all'indirizzo: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. Allianz Care ed Allianz Partners sono ragioni sociali registrate di AWP Health & Life SA.