Seguro de Saúde

Allianz Saúde

Ficha de Tratamento Dentário

Nº Cartão: Apólice _____ ID _____ NIF _____ (Preenchimento obrigatório)

Tomador do seguro _____

Nome completo da Pessoa tratada _____

E-mail _____ Telefone _____ Telemóvel _____

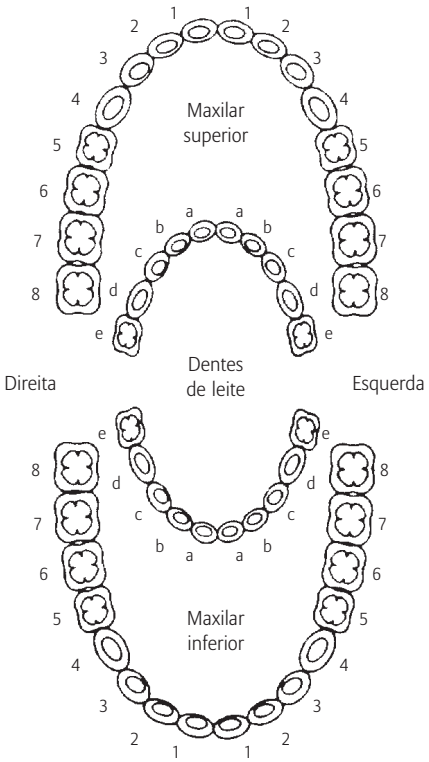
Nome do Médico Dentista/Estomatologista _____

Morada _____ Telefone _____

Código postal ____-____ Localidade _____ Nº Ordem _____

Dente	Face	Descrição dos Tratamentos (incluindo Rx, profilaxia, materiais usados, entre outros)	Data	Custo
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
			Total	€

Assinalar com um "X" os dentes em falta



Declaro que efectuei os tratamentos discriminados.

Médico Dentista/Estomatologista/Odontologista
(Assinatura e Carimbo)

Data _____

Declaro expressamente que autorizo o meu médico ou qualquer entidade que me tenha assistido, tratado ou examinado, a fornecer à Allianz Portugal o acesso aos meus Dados Pessoais de Saúde e a todas as informações relacionadas com a minha Adesão / Proposta contratual ou com o sinistro por mim sofrido. Declaro ainda ter respondido com verdade, nada tendo ocultado que possa induzir a Allianz Portugal em erro na apreciação deste pedido.

Assinatura do Doente ou seu Representante Legal

Data _____

Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A. · Rua Andrade Corvo, 32 · 1069 - 014 Lisboa · C. Social € 39.545.400 · C.R.C. Lisboa 2 977 · P. Colectiva 500 069 514
Telefone +351 213 165 300 · Telefax +351 213 165 570 · e-mail: info@allianz.pt · Internet: www.allianz.pt