

La Garanzia Straumann®

Garanzia a vita

Straumann®

Dental Implant System





Garanzia Straumann®

1. BENEFICIARIO E SCOPO DELLA GARANZIA

La presente garanzia (definita di seguito “Garanzia Straumann”) dell’Institut Straumann AG, Basilea, Svizzera (“Straumann”) si applica ai prodotti elencati qui di seguito e in favore solo del medico/dentista curante (“operatore”). La presente garanzia non prevede alcun diritto nei confronti di terzi, in particolare pazienti o fornitori intermedi. La garanzia Straumann copre la sostituzione di prodotti dello Straumann® Dental Implant System SDIS e di alcuni limitati prodotti Straumann® CARES® (“Prodotti Straumann”), definiti nella sezione 2. La Garanzia Straumann copre solo la sostituzione di prodotti Straumann e non eventuali costi associati, tra cui, a puro titolo esemplificativo, eventuali trattamenti associati.

Per gli impianti Straumann® Roxolid® e al sistema implantare Straumann® PURE Ceramic si applica la garanzia “Lifetime Plus”. Questa copre la sostituzione dei prodotti del sistema implantare Straumann® Roxolid®/PURE Ceramic e prevede un rimborso dei costi di trattamento per un importo pari a 1.020 euro + iva 22% in caso di rottura di un impianto Straumann® Roxolid®/sistema implantare PURE Ceramic.

2. PRODOTTI STRAUMANN COPERTI DALLA GARANZIA STRAUMANN

	Impianto	Moncone su impianto	Restauro denti o impianto*
	–	Sostituzione con l'equivalente moncone in ceramica compresi quelli per barre e ponti avvitati*	Sostituzione con restauro equivalente in ceramica**
	–	Monconi Novaloc®*** Sostituzione con barre e ponti avvitati equivalenti in metallo*	Sostituzione con restauro equivalente in metallo e restauro in resina nanoceramica**
	Sostituzione con impianto e componente secondaria equivalenti, se finalizzata.	Sostituzione con l'equivalente moncone in metallo	–
	Sostituzione con impianto e componente secondaria equivalenti, se necessario. Inoltre, per il sistema implantare Straumann® PURE Ceramic & gli impianti Roxolid®**** prevede un rimborso dei costi di trattamento per un importo di 1.020 euro + iva 22% in caso di rottura degli impianti.	–	–

* Esclusi i prodotti consumabili e i prodotti di ritenzione, quali gli ancoraggi sferici.

** Compresi le cappette, le corone e i ponti Straumann® CARES®. ESCLUSI tutti gli altri prodotti offerti da Straumann, in particolare intarsi, onlay, faccette e corone parziali Straumann® CARES®, come pure i prodotti Straumann® CARES® Guided Surgery.

*** Esclusi matrici e inserti in quanto soggetti a usura naturale.

**** Non applicabile agli Straumann® Mini Implants. Gli Straumann® Mini Implants sono coperti dalla garanzia Straumann® Lifetime.

3. CONDIZIONI DI GARANZIA

Straumann garantisce che se un qualsiasi prodotto Straumann sia mal funzionante a causa di un difetto della resistenza e della stabilità del materiale durante i periodi di garanzia esposti nella sezione 2, Straumann sostituirà il prodotto Straumann con lo stesso prodotto o con un prodotto sostanzialmente equivalente, come indicato nella sezione 2. I periodi di garanzia di cui sopra cominciano al momento del trattamento con un prodotto Straumann da parte dell'operatore, a condizione tuttavia che le seguenti condizioni di garanzia vengano rispettate e documentate individualmente e collettivamente:

- 3.1 I prodotti Straumann siano stati usati in maniera esclusiva e non in associazione con qualsiasi altro prodotto di altre aziende (a eccezione dei prodotti etkon® iDent e Createch);
- 3.2 I prodotti Straumann siano stati rispediti in condizioni di sterilità' (o disinfettati quando appropriato e come indicato nelle istruzioni per l'uso);
- 3.3 Compliance e applicazione delle istruzioni di Straumann (nelle Istruzioni per l'uso) valide al momento del trattamento, come pure delle procedure odontoiatriche riconosciute, durante e dopo il trattamento;
- 3.4 Buona igiene orale del paziente, monitorata dall'operatore;
- 3.5 La garanzia non copre gli incidenti, i traumi o qualunque altro danno causato dal paziente o da terzi;
- 3.6 Presentazione del modulo di garanzia compilato e firmato entro tre mesi dalla comparsa di un caso di garanzia. Per presentare reclamo, Le consigliamo di seguire la procedura tramite il Suo account e-shop:
 - 1) Eseguire il login nel proprio account eShop. Se non possiede un account, può richiederlo.
 - 2) Cliccare su "Self Service" "Resi e Eventi" "Segnalare un evento".
 - 3) Inserire le informazioni richieste e clicchi su "Invio".
- 3.7. In casi di prodotti Straumann realizzati su misura, l'operatore fornirà a Straumann i dati relativi alla progettazione.
- 3.8 Requisiti speciali della garanzia Lifetime Plus che si applicano al sistema implantare Straumann® PURE Ceramic e agli impianti Roxolid®:

Il reclamo deve essere presentato online entro 90 gg dalla frattura. Inizialmente viene gestito per la sostituzione in garanzia omaggio. A questo punto si apre una seconda fase dove è possibile far valere la "Garanzia Lifetime Plus". Se il Suo reclamo è risultato idoneo riceverà via email un link. Cliccando sul link si verrà indirizzati alla pagine eShop dell'evento dove apparirà la dicitura "creare richiesta". Per far valere la "Garanzia Lifetime Plus" è necessario entro 6 mesi dalla rottura creare la richiesta e inserire tutte le informazioni tutte le informazioni dell'evento (radiografie, riferimento protesi originale, iniziali del paziente...). È altresì necessario fleggare il campo in cui si dichiara che il rimborso sarà investito per fornire le cure al paziente.

4. LIMITAZIONI

La presente garanzia Straumann è l'unica garanzia fornita da Straumann e si aggiunge ai diritti di garanzia compresi nel contratto di fornitura. L'operatore rimane libero di far valere i suoi diritti nei confronti del fornitore. STRAUMANN NON CONCEDE ALTRE GARANZIE, ESPRESSE O IMPLICITE, E DECLINA QUALSIASI RESPONSABILITÀ PER PERDITE DI GUADAGNO E PER DANNI DIRETTI O INDIRETTI, COME PURE PER I DANNI COLLATERALI E CONSEGUENTI, DIRETTI O INDIRETTI, CORRELATI AI PRODOTTI, AI SERVIZI O ALLE INFORMAZIONI STRAUMANN.

5. TERRITORIALITÀ

La presente garanzia Straumann si applica a livello mondiale solo ai prodotti Straumann commercializzati da un'affiliata Straumann o da un distributore ufficiale Straumann.

La garanzia Lifetime Plus che copre i sistemi implantari Straumann® PURE Ceramic e gli impianti Roxolid® si applica esclusivamente agli studi degli utenti dei seguenti paesi: Austria, Belgio, Canada, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Norvegia, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Spagna, Stati Uniti d'America, Svezia, Svizzera, Ungheria.

6. MODIFICHE O CESSAZIONE

Straumann può modificare o dichiarare la cessazione della presente garanzia in qualsiasi momento, interamente o in parte. Eventuali modifiche o la cessazione della garanzia Straumann non inficeranno la copertura prevista dalla presente garanzia Straumann per i prodotti Straumann installati prima della data delle modifiche o della cessazione.

Questionario di garanzia

1. INFORMAZIONI SUL CLIENTE

Nome del clinico	<input type="text"/>	Codice cliente	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Paese	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Riferito da	<input type="text"/>

2. INFORMAZIONI SUL PRODOTTO (Si prega di elencare tutti i prodotti Straumann interessati)

Le richieste di risarcimento previste dalla Lifetime Plus devono essere accompagnate dalla ricostruzione e dai relativi dettagli (da allegare al presente modulo).

Numero articolo	N. LOTTO	Data inserimento (G/M/A)	Data rimozione/evento (G/M/A)	Sito dell'impianto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. INFORMAZIONI GENERALI SUL PAZIENTE (Richieste unicamente in caso di reclami sugli impianti)

ID paziente* Et  Femmina Maschio

*Per motivi di privacy dei dati NON inserire il nome del paziente

Dati clinici:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Disturbi psicologici | <input type="checkbox"/> Malattia endocrina incontrollata |
| <input type="checkbox"/> Radiografie torace-testa/area collo | <input type="checkbox"/> Xerostomia | <input type="checkbox"/> Immunoresistenza compromessa |
| <input type="checkbox"/> Patologia richiedente steroidi | <input type="checkbox"/> Disturbi linfatici | <input type="checkbox"/> Disordini della coagulazione |
| <input type="checkbox"/> Chemioterapia nel periodo di inserimento dell'impianto | <input type="checkbox"/> Abuso di alcool o droghe | |

Allergie: _____

Altre patologie locali o sistemiche eventualmente significative: _____

Il paziente fuma? S  No Dati non significativi

4. INFORMAZIONI CHIRURGICHE (Richieste unicamente in caso di reclami sugli impianti)

Inserimento manuale Adattatore contrangolo

Se l'impianto   stato inserito e rimosso lo stesso giorno,

  stato inserito un altro impianto con successo nel sito durante l'intervento? S  No

In caso di difficolt  d'inserimento del dispositivo/parte di transfer pre-montata, tale difficolt    emersa durante:

L'inserimento dell'impianto nell'osso La rimozione del dispositivo dall'impianto

La rimozione dell'impianto dal flaconcino

Altro: _____

Al momento dell'intervento, quali dei seguenti aspetti erano presenti:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Malattia parodontale | <input type="checkbox"/> Malattia della mucosa |
| <input type="checkbox"/> Infezione locale/osteite cronica o subacuta | <input type="checkbox"/> Complicazione nella preparazione del sito |
| Qualit  dell'osso | <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Tipo III <input type="checkbox"/> Tipo IV |
| Il sito   stato maschiato? | <input type="checkbox"/> S  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n.a. |
| Fresa Bone Level Profile utilizzata? | <input type="checkbox"/> S  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n.a. |
| Fresa Tissue Level Profile utilizzata? | <input type="checkbox"/> S  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n.a. |
|   stata utilizzata la chiavetta di ritegno? | <input type="checkbox"/> S  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n.a. |
|   stata raggiunta la stabilit  primaria? | <input type="checkbox"/> S  <input type="checkbox"/> No |
| L'impianto ha raggiunto l'osteointegrazione? | <input type="checkbox"/> S  <input type="checkbox"/> No |
| La superficie dell'impianto   stata completamente coperta dall'osso? | <input type="checkbox"/> S  <input type="checkbox"/> No |

  stato effettuato un aumento osseo al momento dell'intervento?

No Seno mascellare Cresta Materiale utilizzato: _____

  stata usata una membrana RGT?

No S  Riassorbibile Non riassorbibile
Materiale utilizzato: _____

Straumann Italia srl

Viale Bodio 37/A
20158 Milano
Italia

T +39 02 3932 831

F +39 02 3932 8365

Numero Verde: 800 810 500

info.it@straumann.com

PEC.straumanngroup.pec@legalmail.it

www.straumann.it

© Institut Straumann AG, 2018. Tutti i diritti riservati.

Straumann® e/o altri marchi e loghi di Straumann® qui citati sono marchi di fabbrica o marchi registrati di Straumann Holding AG e/o sue aziende collegate. Tutti i diritti riservati.