

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน – ทันตกรรม (Dental Claim Form)

- การอุดฟัน  ขัดฟัน  การเคลือบฟลูออไรด์  การอุดฟัน  การถอนฟัน  
 การรักษาฟัน รากฟัน และขากรรไกรเนื่องจากอุบัติเหตุ  การรักษารากฟัน  การผ่าฟันคุด

ส่วนที่ 1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูล

<p>1. ชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ..... ปี อาชีพ.....</p> <p>สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....</p> <p>เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์เลขที่.....</p>
<p>2. ชื่อโรงพยาบาล /คลินิกที่ทำการรักษาทันตกรรม.....</p> <p>วันที่รับการรักษาทางทันตกรรม.....</p>
<p>3. โปรระบุนสาเหตุและอาการ.....</p> <p>4. อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาโรคทางทันตกรรม.....</p> <p>5. ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และวิธีการรักษา.....</p>
<p><b>กรณีอุบัติเหตุ</b></p> <p>6. วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ.....</p> <p>7. รายละเอียดการเกิดเหตุ.....</p> <p>8. ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล.....</p> <p>9. มีการแจ้งความหรือไม่ [ ] ไม่มี [ ] มี ที่ใด.....</p>
<p>10. ข้าพเจ้าขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย</p> <p><input type="checkbox"/> ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีผ่านช่องทางธนาคาร ( หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า )</p> <p>ชื่อบัญชี.....ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน เลขที่.....</p> <p>ชื่อธนาคาร.....สาขา.....จังหวัด.....</p> <p><b>***พร้อมนี้ได้ถ่ายสำเนาสมุดบัญชีธนาคารและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย***</b></p>

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) จ่ายค่าบริการทางทันตกรรมให้แก่ข้าพเจ้าเฉพาะในส่วนที่ได้รับ ความคุ้มครองกรมธรรม์ประกันภัยทันตกรรม ให้แก่สถานบริการทันตกรรม โรงพยาบาล หรือคลินิกตรงและข้าพเจ้ายอมรับว่า บริษัทฯ ได้ จ่ายเงินชดเชยสินไหมค่าบริการทันตกรรมแก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว และถือว่าเป็นการปลดภาระผูกพันของบริษัทฯ ตามกฎหมายและปลด เปลี่ยนบริษัทจากการเรียกร้องฟ้องร้องหนี้สิน หรือความเสียหายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องนั้น รวมทั้งข้าพเจ้ายินยอมที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิ ตามความคุ้มครอง ที่ข้าพเจ้ามีอยู่ตามกรมธรรม์ประกันภัยทันตกรรมทั้งหมดให้แก่สถานบริการทันตกรรม โรงพยาบาล หรือคลินิก

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

วันที่ ..... / ..... / .....

ความสัมพันธ์ .....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

#### หนังสือยินยอม

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ ข้าพเจ้ากับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อใช้ในการดำเนินการตามสัญญาประกันภัย และขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟอลคอน ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัย อื่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ และหรือข้อมูลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่าง ๆ รวมทั้งประวัติการ รักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความ ยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เผยแพร่และการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

ใบรายงานแพทย์

ส่วนที่ 2. สำหรับแพทย์ผู้รักษากรอกข้อมูล

1. Patient's Name ..... Age ..... Years  
Sex  Male  Female ID No. .... Patient Ref. No. ....  
Date of Treatment .....

\*\*\*กรุณาให้แพทย์กรอกส่วนนี้ให้ครบถ้วน\*\*\*

2. Chief Complaint .....  
How long had the patient experience the symptoms? ..... days / weeks / month / years  
How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation? ..... days / weeks / month / years

\*\*\*กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุ กรุณาให้แพทย์กรอกส่วนนี้ให้ครบถ้วน\*\*\*

3. For Accident  
Date of accident ..... Time: .....  
Cause of accident: .....  
Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital/clinic?  No  Yes

4. Diagnosis (including principle / underlying / complication)  
A: ..... B: .....  
C: ..... D: .....

**Pre-Treatment ODONTOGRAM**  
2009 Designed by T. Chomdej for HBC

BLUE COLOR = RESTORATION , CROWN  
RED COLOR = CARIES, ABRATION, BROKEN  
X = MISSING I = IMPACTION P = PONTIC  
R = ROOT INFECTION , RCT W = IMPLANT

Special Note .....

Date of treatment.	Treatment.	Value

ลงชื่อ ..... ทันตแพทย์ผู้รักษา  
(.....)  
ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น ..... เลขที่.....  
วันที่ ...../...../.....