

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน – ทันตกรรม

- การขูดหินปูน ขัดฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ การอุดฟัน การถอนฟัน
 การรักษาฟัน รากฟัน และขากรรไกรเนื่องจากอุบัติเหตุ การรักษารากฟัน การผ่าฟันคุด

Dental Claim Form

ส่วนที่ 1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูล

1. ชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย เพศ..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
สถานที่ติดต่อปัจจุบัน โทรศัพท์

เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์เลขที่

2. ชื่อโรงพยาบาล /คลินิกที่ทำการรักษาทันตกรรม
วันที่รับการรักษาทางทันตกรรม

3. โปรดระบุสาเหตุและอาการ

4. อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาโรคทางทันตกรรม.....

5. ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และวิธีการรักษา

กรณีอุบัติเหตุ

6. วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ

7. รายละเอียดการเกิดเหตุ

8. ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล

9. มีการแจ้งความหรือไม่ [] ไม่มี [] มี ที่ใด

10. ข้าพเจ้าขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย

- ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีผ่านช่องทางธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นการรับผิดชอบของข้าพเจ้า)

ชื่อบัญชีประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน เลขที่

ชื่อธนาคาร สาขา จังหวัด

พร้อมนี้ได้ถ่ายสำเนาสมุดบัญชีธนาคารและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย

1. ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน)จ่ายค่าบริการทางทันตกรรมให้แก่ข้าพเจ้าเฉพาะในส่วนที่ได้รับควบคุมกรมธรรม์ประกันภัยทันตกรรม ให้แก่สถานบริการทันตกรรม โรงพยาบาล หรือคลินิกตรงและข้าพเจ้ายอมรับว่า บริษัทฯได้จ่ายเงินชดเชยสินไหมค่าบริการทันตกรรมแก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว และถือว่าการปลดภาระผูกพันของบริษัทฯ ตามกฎหมายและปลดเปลื้องบริษัทจากการเรียกร้องฟ้องร้องหนี้สิน หรือความเสียหายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องนั้น รวมทั้งข้าพเจ้ายินยอมที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิตามควบคุมครอง ที่ข้าพเจ้ามีอยู่ตามกรมธรรม์ประกันภัยทันตกรรมทั้งหมดให้แก่สถานบริการทันตกรรม โรงพยาบาล หรือคลินิก
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้ทันตแพทย์สถานบริการทันตกรรม โรงพยาบาล หรือคลินิก หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจ และ/หรือให้การรักษาแจ้ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและประวัติการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย รวมไปถึงบันทึกการตรวจรักษา ผลการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตทั้งหมดต่อบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน)หรือผู้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาภาพถ่ายเอกสารความยินยอมดังกล่าวนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่าหากข้อความไม่ตรงต่อความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลต่อการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนและการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยทันตกรรมของบริษัทฯ ได้

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
(.....) (.....)
วันที่ / / วันที่ / /

ความสัมพันธ์

(เฉพาะกรณีและผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)



ใบรายงานแพทย์

ส่วนที่ 2. สำหรับแพทย์ผู้รักษากรอกข้อมูล

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

***** กรุณาให้แพทย์กรอกส่วนนี้ให้ครบถ้วน *****

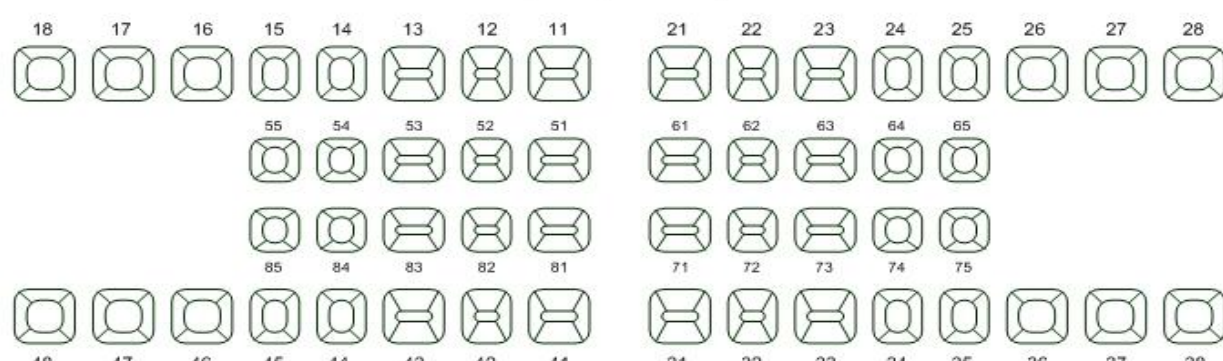
2. Chief Complaint
How long had the patient experience the symptoms? days / weeks / month / years
How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation? days / weeks / month / years

***** 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/...../.....