

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน – ทันตกรรม
(Dental Claim Form)

- การขูดหินปูน ขัดฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ การอุดฟัน การถอนฟัน
 การรักษาฟัน รากฟัน และขากรรไกรเนื่องจากอุบัติเหตุ การรักษารากฟัน การผ่าฟันคุด

ส่วนที่ 1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูล

1. ชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ..... ปี อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... ช่องทางที่ให้บริการติดต่อ โปรดระบุ โทรศัพท์..... E-mail..... เรียกชื่อสิทธิภายใต้กรมธรรม์เลขที่..... จำนวนเงินเรียกร้อง(บาท).....
2. ชื่อ โรงพยาบาล /คลินิกที่ทำการรักษาทันตกรรม..... วันที่รับการรักษาทางทันตกรรม.....
3. โปรดระบุสาเหตุและอาการ.....
4. อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาโรคทางทันตกรรม.....
5. ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และวิธีการรักษา.....
กรณีอุบัติเหตุ 6. วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ..... 7. รายละเอียดการเกิดเหตุ..... 8. ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล..... 9. มีการเจ็บความหรือไม่ [] ไม่มี [] มี ที่ใด.....
10. ข้าพเจ้าขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย <input type="checkbox"/> ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีผ่านช่องทางธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นการรับผิดชอบของข้าพเจ้า) ชื่อบัญชี.....ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน เลขที่..... ชื่อธนาคาร.....สาขา.....จังหวัด..... ***พร้อมกันนี้ได้ถ่ายสำเนาสมุดบัญชีธนาคารและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย***



บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคาร เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 02 037 9888
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บมจ. 0107535000419 สำนักงานใหญ่
Email: fcicustomerservice@falconinsurance.co.th

The Falcon Insurance Public Company Limited (Head Office)
33/4 Building A, The 9th Towers, 24th- 25th Fl.,
Rama 9 Rd., Huay Khwang, Bangkok 10310 Thailand
Tel.: (+66) 2037 9888



ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) จ่ายค่าบริการทางทันตกรรมให้แก่ข้าพเจ้าเฉพาะในส่วนที่ได้รับ
ความคุ้มครองกรมธรรม์ประกันภัยทันตกรรม ให้แก่สถานบริการทันตกรรม โรงพยาบาล หรือคลินิกตรงและข้าพเจ้ายอมรับว่า บริษัทฯ ได้
จ่ายเงินชดเชยสินไหมค่าบริการทันตกรรมแก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว และถือว่าเป็นการปลดภาระผูกพันของบริษัทฯ ตามกฎหมายและปลดปล่อย
บริษัทจากการเรียกร้องฟ้องร้องหนี้สิน หรือความเสียหายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องนั้น รวมทั้งข้าพเจ้ายินยอมที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิตามความ
คุ้มครอง ที่ข้าพเจ้ามีอยู่ตามกรมธรรม์ประกันภัยทันตกรรมทั้งหมดให้แก่สถานบริการทันตกรรม โรงพยาบาล หรือคลินิก

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่ / /

วันที่ / /

ความสัมพันธ์

(เฉพาะกรณีและผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

หนังสือยินยอม

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
ข้าพเจ้ากับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อใช้ในการดำเนินการตามสัญญาประกันภัย และขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟอล
คอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัท
ประกันภัยอื่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่
เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพและหรือข้อมูลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรค
ต่าง ๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า
ให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เผยแพร่และการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้อันมี สำเนา
ภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)



บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคาร เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 02 037 9888
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บมจ. 0107535000419 สำนักงานใหญ่
Email: fcicustomerservice@falconinsurance.co.th

The Falcon Insurance Public Company Limited (Head Office)
33/4 Building A, The 9th Towers, 24th- 25th FL.,
Rama 9 Rd., Huay Khwang, Bangkok 10310 Thailand
Tel.: (+66) 2037 9888

think independent

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...../...../.....



บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคาร เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 02 037 9888
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บมจ. 0107535000419 สำนักงานใหญ่
Email: fcicustomerservice@falconinsurance.co.th

The Falcon Insurance Public Company Limited (Head Office)
33/4 Building A, The 9th Towers, 24th- 25th FL.,
Rama 9 Rd., Huay Khwang, Bangkok 10310 Thailand
Tel.: (+66) 2037 9888

