

**แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน – ทันตกรรม**  
**(Dental Claim Form)**

- การอุดฟัน  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..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์เลขที่..... จำนวนเงินเรียกร้อง(บาท).....
2. ชื่อ โรงพยาบาล /คลินิกที่ทำการรักษาทันตกรรม..... วันที่รับการรักษาทางทันตกรรม.....
3. โปรดระบุสาเหตุและอาการ.....
4. อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาโรคทางทันตกรรม.....
5. ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และวิธีการรักษา.....
<b>กรณีอุบัติเหตุ</b>
6. วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ.....
7. รายละเอียดการเกิดเหตุ.....
8. ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล.....
9. มีการแจ้งความหรือไม่ [ ] ไม่มี [ ] มี ที่ใด.....
10. ข้าพเจ้าขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย <input type="checkbox"/> ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีผ่านช่องทางธนาคาร ( หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า ) ชื่อบัญชี..... ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน เลขที่..... ชื่อธนาคาร..... สาขา..... จังหวัด..... ***พร้อมนี้ได้ถ่ายสำเนาสมุดบัญชีธนาคารและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย***



ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) จ่ายค่าบริการทางทันตกรรมให้แก่ข้าพเจ้าเฉพาะในส่วนที่ได้รับ  
ความคุ้มครองกรมธรรม์ประกันภัยทันตกรรม ให้แก่สถานบริการทันตกรรม โรงพยาบาล หรือคลินิกตรงและข้าพเจ้ายอมรับว่า บริษัทฯ ได้  
จ่ายเงินชดเชยสินไหมค่าบริการทันตกรรมแก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว และถือว่าเป็นการปลดภาระผูกพันของบริษัทฯ ตามกฎหมายและปลดเปลื้อง  
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  
เกี่ยวข้องกับข้อมูลสุขภาพและหรือข้อมูลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรค  
ต่าง ๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า  
ให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง เปิดเผยและการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้อันึ่ง สำเนา  
ภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

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

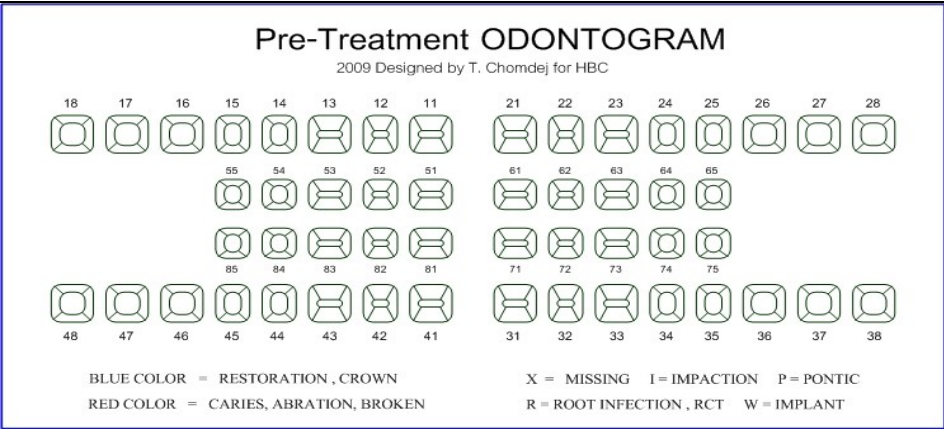
(.....)

(.....)



ใบรายงานแพทย์

ส่วนที่ 2. สำหรับแพทย์ผู้รักษากรอกข้อมูล

1. Patient's Name..... Age..... Years		
Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
4. Diagnosis (including principle / underlying / complication)		
A: ..... B:.....		
C: ..... D:.....		
<p><b>Pre-Treatment ODONTOGRAM</b>                  2009 Designed by T. Chomdej for HBC</p>  <p>BLUE COLOR = RESTORATION , CROWN                  RED COLOR = CARIES, ABRATION, BROKEN                  X = MISSING I = IMPACTION P = PONTIC                  R = ROOT INFECTION , RCT W = IMPLANT</p>		
Special Note.....		
Date of treatment.	Treatment.	Value

ลงชื่อ.....ทันตแพทย์ผู้รักษา

(.....)

ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น ..... เลขที่..... วันที่...../...../.....

