

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน – ทันตกรรม

- การขูดหินปูน การเคลือบฟลูออไรด์ การอุดฟัน การถอนฟัน การรักษาฟัน จากฟัน และขากรรไกรเนื่องจากอุบัติเหตุ การรักษารากฟัน การผ่าฟันคุด

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้ระบุไว้ในตอนท้ายแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
- กรุณากรอกที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อให้บริการ
- เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังต่อไปนี้
 - ส่งผ่านไปรษณีย์ลงทะเบียนตามที่อยู่ด้านล่าง:



กรุณาส่ง ฝ่ายสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ และสุขภาพ
บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด(มหาชน)
เลขที่ 2/4 อาคารชัยบุรี ชั้น 9 โครงการนอร์ธปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต
แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

3.2 ส่งผ่านสำนักงานสาขาของบริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทั่วประเทศ / ตัวแทน / นายหน้าประกันภัย

หมายเหตุ บริษัทขอสงวนสิทธิในการร้องขอเอกสาร หรือข้อมูลเพิ่มเติม และกรุณาลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ

ส่วนที่ 1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูล

ชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย เพศ..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
สถานที่ติดต่อปัจจุบัน โทรศัพท์
เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์เลขที่
โปรดระบุสาเหตุและอาการ
อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาโรคทางทันตกรรม.....
ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และวิธีการรักษา

กรณีอุบัติเหตุ

วัน-เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุมีการแจ้งความหรือไม่ [] ไม่มี [] มี ที่ใด
รายละเอียดการเกิดเหตุ
ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล

ช่องทางการรับค่าใช้จ่ายค่าสินไหมทดแทน

- เช็คเงินสด กรุณาระบุที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค.....
 โอนผ่านบัญชีธนาคาร กรุณาระบุชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี

*** กรุณาแนบสำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีธนาคารพร้อมลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง และจัดส่งกลับมายังบริษัท

คำรับรอง / ให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ให้ไว้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมด รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง ข้อมูลสุขภาพ บันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ ประวัติการรับการรักษาพยาบาล และการรับการตรวจวินิจฉัยโรคของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรืออาจมีขึ้นในอนาคต แก่ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท
- ข้าพเจ้าได้รับทราบนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามรายละเอียดที่ระบุในเว็บไซต์ <https://www.chubb.com/th-th/footer/new-privacy-policy.html>
- ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอม ให้ความผูกพันตลอดจนยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ
- อนึ่ง สำเนาของเอกสารนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน

(.....)

วันที่ / /

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่ / /

ความสัมพันธ (เฉพาะกรณีที่มีผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

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. In case of accident

Date of accident Time:

Cause of accident:

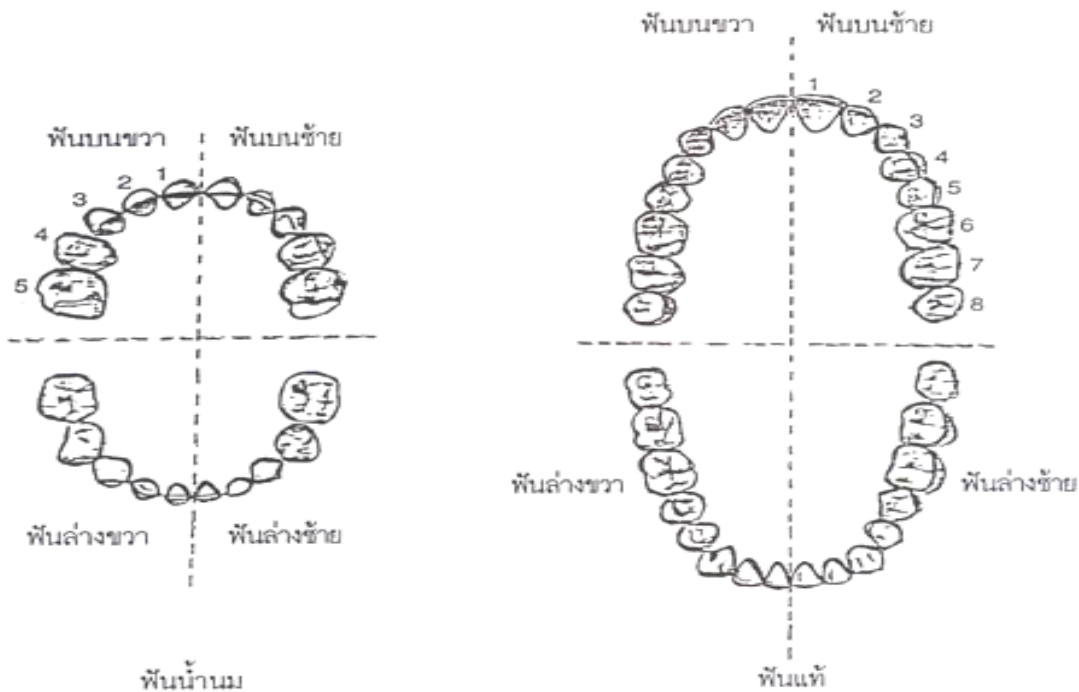
Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital/clinic? [] No [] Yes

4. Diagnosis (including principle / underlying / complication)

A: B:

C: D:

5. Please indicate the point of tooth/teeth which the patient had dental treatment



6. Treatment: please mark the services performed and list each service with the corresponding code and service cost in the table below. If a service is not listed below, please describe it in the bottom summary table.

Dental Preventive					
D0120	Periodic oral evaluation	<input type="checkbox"/>	D2381	Resin-2 surfaces, post-primary	<input type="checkbox"/>
D0140	Limited oral exam	<input type="checkbox"/>	D2382	Resin-3+ surf, post-primary	<input type="checkbox"/>
D0150	Comprehensive oral exam	<input type="checkbox"/>	D2385	Resin-1 surf, posterior-perm	<input type="checkbox"/>
D0160	Extensive oral exam	<input type="checkbox"/>	D2386	Resin-2 surf, posterior-perm	<input type="checkbox"/>
D0170	Re-evaluation	<input type="checkbox"/>	D2387	Resin-3 surf, posterior-perm	<input type="checkbox"/>
D0210	Complete series x-rays	<input type="checkbox"/>	D2388	Resin-4+ surf, posterior-perm	<input type="checkbox"/>
D0220	1st periapical film	<input type="checkbox"/>	Extraction		
D0230	Additional periapical film	<input type="checkbox"/>	D7110	Extraction-single tooth	<input type="checkbox"/>
D0240	Occlusal film	<input type="checkbox"/>	D7120	Extraction- each additional tooth	<input type="checkbox"/>
D0250	1st extraoral film	<input type="checkbox"/>	D7130	Root removal - exposed roots	<input type="checkbox"/>
D0260	Additional extraoral	<input type="checkbox"/>	D7210	Surgical removal erupted tooth	<input type="checkbox"/>
D0270	Single bitewing film	<input type="checkbox"/>	D7220	Removal impacted tooth-soft	<input type="checkbox"/>
D0272	Two bitewings film	<input type="checkbox"/>	Wisdom tooth removal		
D0274	Four bitewings film	<input type="checkbox"/>	D7230	Removal of impacted tooth-part bony	<input type="checkbox"/>
D0277	Vertical bitewings film	<input type="checkbox"/>	D7240	Removal of impacted tooth-comp bony	<input type="checkbox"/>
D0290	Skull and facial bone film	<input type="checkbox"/>	D7241	Removal of impacted tooth-bony	<input type="checkbox"/>
D0330	Panoramic film	<input type="checkbox"/>	Root canal treatment		
D1110	Prophy-adult	<input type="checkbox"/>	D3110	Pulp cap - direct	<input type="checkbox"/>
D1120	Prophy-child	<input type="checkbox"/>	D3120	Pulp cap - indirect	<input type="checkbox"/>
D1310	Nutritional counseling	<input type="checkbox"/>	D3220	Therapeutic pulpotomy	<input type="checkbox"/>
D1320	Tobacco counseling	<input type="checkbox"/>	D3221	Gross pulpal debridement	<input type="checkbox"/>
D1330	Oral hygiene instructions	<input type="checkbox"/>	D3230	Pulpal therapy - anterior, primary	<input type="checkbox"/>
Fluoride Treatment					
D1201	Fluoride with prophylaxis – child	<input type="checkbox"/>	D3240	Pulpal therapy - posterior, primary	<input type="checkbox"/>
D1203	Fluoride w/o prophylaxis – child	<input type="checkbox"/>	D3310	Root canal, anterior	<input type="checkbox"/>
D1204	Fluoride w/o prophylaxis – adult	<input type="checkbox"/>	D3320	Root canal, bicuspid	<input type="checkbox"/>
D1205	Fluoride with prophylaxis - adult	<input type="checkbox"/>	D3330	Root canal, molar	<input type="checkbox"/>
			D3331	Root canal obstruction	<input type="checkbox"/>
Filling					
			D3333	Root repair	<input type="checkbox"/>
D1351	Sealant - per tooth	<input type="checkbox"/>	D3333	Root repair	<input type="checkbox"/>
D2110	Amalgam-1 surface, primary	<input type="checkbox"/>	D3346	Retreat prior root canal-anterior	<input type="checkbox"/>
D2120	Amalgam-2 surfaces, primary	<input type="checkbox"/>	D3347	Retreat prior root canal-bicuspid	<input type="checkbox"/>
D2130	Amalgam-3 surfaces, primary	<input type="checkbox"/>	D3348	Retreatment root canal-molar	<input type="checkbox"/>
D2131	Amalgam-4+ surfaces, primary	<input type="checkbox"/>	D3351	Apexification/recalc-1st visit	<input type="checkbox"/>
D2140	Amalgam-1 surface, permanent	<input type="checkbox"/>	D3352	Apexification/recalcification	<input type="checkbox"/>
D2150	Amalgam-2 surfaces, permanent	<input type="checkbox"/>	D3353	Apexification/recalcification	<input type="checkbox"/>
D2160	Amalgam-3 surfaces, permanent	<input type="checkbox"/>	D3410	Apicoectomy/periradicular-anterior	<input type="checkbox"/>
D2161	Amalgam-4+ surface, permanent	<input type="checkbox"/>	D3421	Apicoectomy/periradicular-bicuspid	<input type="checkbox"/>
D2330	Resin-1 surface, anterior	<input type="checkbox"/>	D3425	Apicoectomy/periradicular-molar	<input type="checkbox"/>
D2331	Resin-2 surfaces, anterior	<input type="checkbox"/>	D3426	Apicoectomy/periradicular-each root	<input type="checkbox"/>
D2332	Resin-3 surfaces, anterior	<input type="checkbox"/>	D3430	Retrograde filling - per root	<input type="checkbox"/>
D2335	Resin-4+ surfaces or anterior	<input type="checkbox"/>	D3450	Root amputation - per root	<input type="checkbox"/>
D2380	Resin-1 surface, post-primary	<input type="checkbox"/>			

SUMMARY TABLE OF PERFORMED SERVICES (Must be Completed for each Service Provided)

Date	Tooth	Surface	Arch	Procedure Code / Description	Amount Billed

ลงชื่อทันตแพทย์ผู้รักษา
 (.....)
 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ชั้น เลขที่.....
 วันที่/...../.....
 ชื่อโรงพยาบาล/คลินิกที่ ผู้ป่วยเข้าทำการรักษา.....
 สถานที่ตั้ง
โทรศัพท์.....