



บริษัท เอไอเอ จำกัด
ศูนย์รับเอกสารชั้น 1 อาคาร เอไอ
เอทาวเวอร์ 1
181 ถนนสุรวงศ์ กรุงเทพฯ 10500
(เอกสาร เคลมประกันกลุ่ม)

แบบฟอร์มเรียกร้องผลประโยชน์ประกันกลุ่ม
แบบคำรักษาทันตกรรม

ส่วนที่ 1 สำหรับทันตแพทย์ที่ทำการรักษาเป็นผู้กรอก

TO AVOID RETURN OF CLAIM DUE TO INCOMPLETE INFORMATION, PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS.

NAME OF PATIENT:		AGE:	SEX:
TO BE COMPLETED BY ATTENDING DENTIST.			
DENTIST NAME:		DENTIST LICENSE NO:	
PLEASE ANSWER AS COMPLETED AS POSSIBLE. If prosthesis, is this initial placement?		IF YES, PLEASE GIVE BRIEF DESCRIPTION AND DATES. Date of Rx:	
Is treatment for orthodontics?		Date of Rx:	
Is treatment a result of accident?		Date of Rx:	
Please fill in the form for oral treatment (including X-rays, prophylaxis, material used, etc.):			
Tooth No.	Particulars	Charges	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
Please mark teeth treated or area of oral treatment on following chart.			
☐ PERMANENT TEETH			
☐ DECIDUOUS TEETH			
I hereby certify that the services listed above have been performed on the above-named patient on the date indicated.			
Dentist's signature: _____ (_____)		Hospital/Clinic: _____ _____ ประทับตรา รพ./คลินิก	
		Date _____	

ส่วนที่ 2 สำหรับพนักงานผู้เอาประกันเป็นผู้กรอกโดยสมบูรณ์

ชื่อนายจ้าง (บริษัท,ห้าง, ร้าน):		กรมธรรม์กลุ่มเลขที่:	
ชื่อพนักงานผู้เอาประกัน:	อายุ:	เพศ:	ใบรับรองเลขที่:
หนังสือให้ความยินยอม ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมามีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย กรณีที่เรียกกรณีสืบใหม่ผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้นำความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้ส่งรายการจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 1 : 2 : (.....) (.....) (.....) ผู้ให้ความยินยอม (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) : ระบุความสัมพันธ์: ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้ปกครองโดยชอบธรรม (.....) หมายเหตุ : - กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 10 ปี: บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรมลงนามเพียงท่านเดียว - กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป: ผู้เอาประกันภัย ลงนามร่วมกับบิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรม พร้อมระบุความสัมพันธ์ - กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องระบุนิ้วและข้าง รวมทั้งมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน 			
ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท เอไอเอ จำกัด โดย scan QR Code นี้			