



บริษัท เอไอเอ จำกัด

ฝ่ายสินไหมประกันกลุ่ม อาคาร เอไอเอทาวเวอร์ 2

181 ถนนสุรวงศ์ กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ 0 2634 8888 โทรสาร 0 2638 7721

แบบฟอร์มเรียกร้องผลประโยชน์ประกันกลุ่ม

แบบคำรักษาฟัน

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 YES, PLEASE GIVE BRIEF DESCRIPTION AND DATES.																																																																																																	
If prosthesis, is this initial placement ?		Date of Rx:																																																																																																	
Is treatment for orthodontics ?		Date of Rx:																																																																																																	
Is treatment a result of accident ?		Date of Rx:																																																																																																	
Please fill in the particulars 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.																																																																																																			
<input type="checkbox"/> PERMANENT TEETH <input type="checkbox"/> DECIDUOUS TEETH																																																																																																			
<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="8">A B C D E</td> <td colspan="8">LABIAL F G H I J</td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="8">RIGHT 1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td colspan="8">LINGUAL 9 10 11 12 13 14 15 16 LEFT</td> </tr> <tr> <td colspan="8">T S R Q P</td> <td colspan="8">O N M L K</td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="8">32 31 30 29 28 27 26 25</td> <td colspan="8">LABIAL 24 23 22 21 20 19 18 17</td> </tr> </table>				A B C D E								LABIAL F G H I J																								RIGHT 1 2 3 4 5 6 7 8								LINGUAL 9 10 11 12 13 14 15 16 LEFT								T S R Q P								O N M L K																								32 31 30 29 28 27 26 25								LABIAL 24 23 22 21 20 19 18 17							
A B C D E								LABIAL F G H I J																																																																																											
RIGHT 1 2 3 4 5 6 7 8								LINGUAL 9 10 11 12 13 14 15 16 LEFT																																																																																											
T S R Q P								O N M L K																																																																																											
32 31 30 29 28 27 26 25								LABIAL 24 23 22 21 20 19 18 17																																																																																											
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: _____ Date _____																																																																																																	
(_____)		ประทับตรา รพ./คลินิก																																																																																																	

ส่วนที่ 2 สำหรับพนักงานผู้เอาประกันเป็นผู้กรอก โดยสมบูรณ์

ชื่อนายจ้าง (บริษัท,ห้าง,ร้าน)		กรมธรรม์กลุ่มเลขที่	
ชื่อพนักงานผู้เอาประกัน	อายุ	เพศ	ใบรับรองเลขที่
ใบมอบฉันทะให้ปรึกษาแพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทางทันตกรรม ณ ที่นี้ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจให้รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทางทันตกรรมของข้าพเจ้ากับบริษัท เอไอเอ จำกัด อนึ่ง สำเนารูปถ่าย ของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ			
_____	_____	_____	_____
ลายเซ็นชื่อผู้ป่วยที่อายุเกิน 18 ปี (ที่ไม่ใช่พนักงาน)	ลายเซ็นพนักงานผู้เอาประกัน	ลงนามวันที่	

*Please attach original receipt(s) from the dentist.