Medical Insurance - Dental Claim Form
醫療保險 - 牙科賠償申請表

Part I - To be completed by the Patient
甲部 - 須由就診者填寫

No. of original receipt(s) attached (_____). 醫生發出之正本收據數量（_____）張。

Employer / Policyholder: 僱主 / 保單持有人	Policy no.: 保單號碼
Name of Employee / Member : 僱員 / 成員姓名	Employee code 僱員編號 : (if applicable 如適用)
Name of Patient : 就診者姓名	ID Card / Passport no. of Patient : 就診者身份證 / 護照號碼

If the consultation/treatment was due to accident, please provide 若診治因意外引起，請提供 :

Date of Accident 意外發生日期 : _____

Time 時間 : _____

Place 地點 : _____

Brief description 經過 : _____

Claim Type 賠償類別 :

☐ (1) Routine Oral Examination 例行口腔檢查 (including Scale & Prophylaxis 包括洗牙及預防治療)

☐ (2) Other Dental Treatment 其他牙科治療

Please complete part I only for claim type (1) and both Part I & II for claim type (2).
賠償類別 (1)，只須填寫甲部。 如屬於賠償類別 (2)，必須填寫甲部及乙部。

Are you making any other insurance claim for this claim? 有關此次索償，閣下有否申請其他保險索償？

☐ No 沒有 Original receipt will not be returned in any circumstances.
If copy of receipt for other purpose is needed, please make a copy before submission.
在任何情況下不設退回正本收據，如需副本作其他用途，請於遞交前自行影印收據。

☐ Yes 有 (Required information 必需填寫)

Name of the Insurance Company 保險公司名稱 :

_____

Policy No. 保單號碼 :_____

Type of Policy 保單類別 :_____

請注意只退回附有索償餘額之正本收據以申請其他索償， 如需副本作其他用途，請於遞交前自行影印收據。

Please note that only the original receipt with unpaid claim balance will be returned for applying other claims. If copy of receipt for other purpose is needed, please make a copy before submission.

Declaration 聲明

I/We have read, understood and accepted the Personal Information Collection Statement of the Company ("PICS"). By signing below, I/We confirm this application and agree that the Company may use and disclose all personal data about me/us that the Company currently or subsequently hold for the purposes as set out in the PICS, and I understand I can scan the QR code below for review of the PICS or else I can request a copy of the PICS by calling the Company's Customer Service Hotline at 3123 3344.

本人/我們已閱讀、明白及接受本公司的收集個人資料聲明。 透過以下簽名，本人/我們確認此申請並同意本公司可根據收集個人資料聲明列出之目的使用及披露本公司目前或將來持有的關於本人/我們的所有個人資料，並理解本人可以掃描以下二維碼查看本公司的收集個人資料聲明，或可致電本公司的客戶服務熱線 3123 3344 索取收集個人資料聲明副本。

Signature of Patient 就診者簽署 : _____Date 日期 : _____
If the patient is a minor, the patient's parent / legal guardian can sign on his/her behalf 若就診者為小童，則可由家長 / 合法監護人簽署

Signature of Parent / Legal Guardian
家長 / 合法監護人簽署 :_____

Relationship
與就診者關係 : _____

Notes 注意 :

(1) Please return the completed claim form together with the original receipt to the Company.
請填妥賠償申請表，連同正本收據寄回本公司。

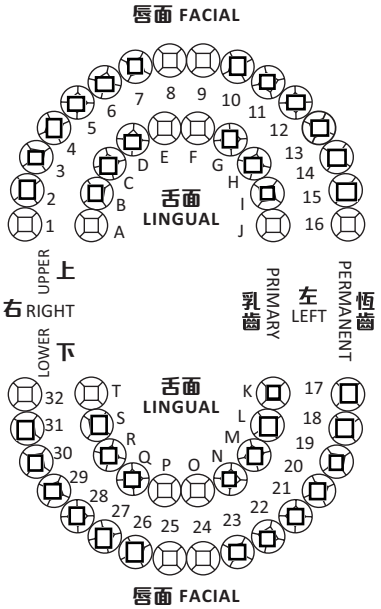
(2) All original receipts must bear the clinic's chop and Dentist's signature.
所有收據正本須蓋有診所印章及由牙醫簽署。

Part II - To be completed by the Dentist
乙部－須由負責治療之牙科醫生填寫

Name of Patient
就診者姓名 : _____

Policy no
保單號碼 : _____

Please mark teeth treated on the following chart.
請在下圖顯示接受治療之牙齒。



Date of service 日期 (dd/mm/yy) (日 / 月 / 年)	Tooth no 牙齒號碼	No. of surface / Root 部位	Particulars (cause & description of services) 治療詳情	Charges 收費

Is the above condition arising from congenital condition?
以上情況是否屬先天性症狀？

☐ Yes 是 ☐ No 否

If No, please state the cause of the above condition.
如 " 不是 "，請簡述致病原因。

_____

Dentist's Name
牙科醫生姓名 :_____

Signature of Dentist and Chop
牙科醫生簽署及蓋印_____

Date
日期 _____

Personal Information Collection Statement ("PICS")
收集個人資料聲明

Please scan the following QR code for review of Bolttech Insurance (Hong Kong) Company Limited's (the "Company") PICS. You can also request a copy of the PICS by calling the Company's Customer Service Hotline at 3123 3344.

請掃描以下二維碼查看保特保險 (香港) 有限公司 （「 本公司」） 的收集個人資料聲明。您亦可致電本公司的客戶服務熱線 3123 3344 索取收集個人資料聲明副本。

English

中文