

**Dear: Dentist (เรียน ทันตแพทย์),**

In order for the insured to received dental benefits under policy, please complete the result of this dental examination. Follow instructions as below:

(เพื่อให้ผู้เอาประกันภัยได้รับผลประโยชน์ทันตกรรมภายใต้กรมธรรม์ กรุณากรอกผลการตรวจทันตกรรม ตามคำแนะนำด้านล่างนี้)

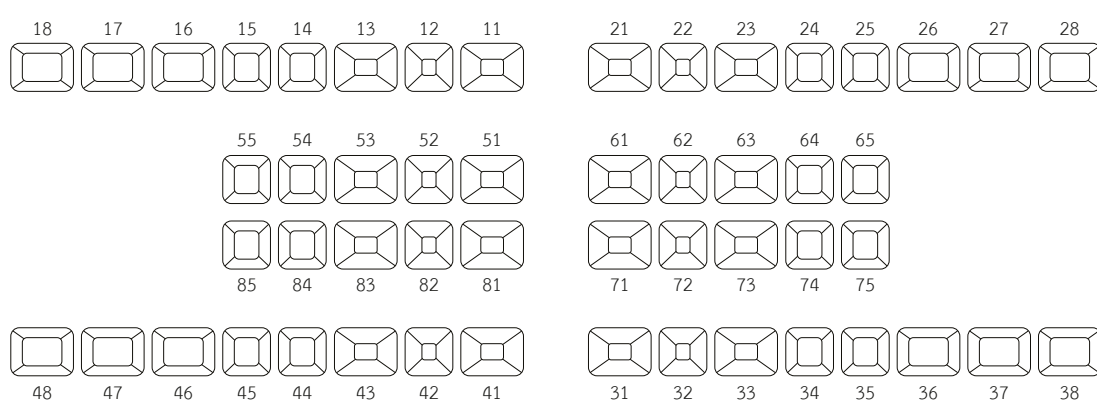
**Instruction (คำแนะนำ):**

1. A dental X-ray report is required for the dental claims (โปรดเอ็กซเรย์ฟันเพื่อประกอบการตรวจฟัน)
2. Please specify name-surname of insured, examination date (โปรดระบุ ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย วันที่ตรวจ)
3. Please record examination results (including dental X-rays) in this report with symbols and colors. Refer to the attached example. (โปรดบันทึกผลการตรวจ (รวมถึงผลเอ็กซเรย์ฟัน) ในแบบฟอร์มรายงานโดยมีสัญลักษณ์และสี อ้างอิงตามตัวอย่างแนบท้าย)
4. Please stamp hospital or clinic logo, name-surname of dentist and dentist license number on report (โปรดประทับตราโรงพยาบาลหรือคลินิก ลงชื่อ-นามสกุลของทันตแพทย์ และเลขใบอนุญาตวิชาชีพทันตกรรมในรายงาน)

**SECTION A - PARTICULARS OF THE EXAMINEE**

Name - Surname: .....	Date of Birth (DD/MM/YY): .....	Sex: .....
Examination Date (DD/MM/YY): .....	Policy No. : .....	
If group insurance, name of the Policy Holder: .....		

**SECTION B - EXAMINING DENTIST'S REPORT**

1	Please describe general condition of teeth. (Section must be completed) : .....
2	Other abnormalities or observations (please specify) : .....
3	Diagrammatic Report following Oral Examination (as per symbols and colors overleaf) required :  

The company is very grateful to you for following the instructions as above.

(บริษัทฯ ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำข้างต้น)















Name -Surname of Dentist : .....

Medical License No. : .....

Telephone No. : .....

กรุณาประทับตราโรงพยาบาลหรือคลินิก

## EXAMINATION REPORTING CODE:

1	Please record examination results (including dental X-rays) in the report form with symbols and colors.
Tooth previously extracted	 RED
Tooth Now requiring extraction	 RED
Previous filling – in sound condition	 BLACK
Previous filling – now requires attention	 RED
Cavity requiring filling	 RED
Root abscesses	 RED
Gingivitis	 RED
Periodontitis	 RED
Bridge (in sound condition)	 BLACK
Bridge requiring attention	 RED
Crown – in sound condition	 BLACK
Crown – requiring attention	 RED
Wisdom teeth impacted	 RED
2	<p>Please mark position of artificial teeth currently on dentures as per illustration:</p>  BLACK