

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 : 11 12 13 14 15 16 17 18 21 22 23 24 25 26 27 28 51 52 53 54 55 61 62 63 64 65 81 82 83 84 85 71 72 73 74 75 41 42 43 44 45 46 47 48 31 32 33 34 35 36 37 38

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

(บริษัทฯ ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำข้างต้น)









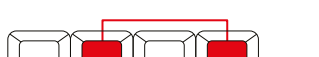





Name -Surname of Dentist :

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