

ใบส่งตรวจสุขภาพ

เลขที่

สำหรับ สมัครทำประกันรายใหม่ ต่ออายุ/เปลี่ยนแปลงกรมธรรม์

ข้อมูลตัวแทนผู้ส่งตรวจ

ชื่อตัวแทน..... รหัสตัวแทน.....

ชื่อผู้บริหารตัวแทน..... รหัสตัวแทน.....

หน่วย..... สาขา/สำนักงาน.....

ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยที่รับการตรวจสุขภาพ

ใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์เลขที่.....

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย..... อายุ..... ปี

เพศ ชาย หญิง จำนวนเงินเอาประกันภัยรวม..... บาท

บัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ / ใบขับขี่ / อื่นๆ เลขที่.....

แบบฟอร์มที่ใช้ : ใบรายงานการตรวจสุขภาพ (อายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ใบรายงานการตรวจสุขภาพ (อายุต่ำกว่า 16 ปี)รายการตรวจสุขภาพ : MED+GU HIV (เก็บตัวอย่างน้ำลาย) HIV (BLOOD) MU CXR ECG EXERCISE STRESS TEST BLOOD PROFILE ตามรายการ BLPR (HIV, CBC, FBS, HbA1C, CHOLESTEROL, HDL CHOLESTEROL, TRIGLYCERIDE BUN, CREATININE, AST/SGOT, ALT/SGPT, GAMMA GT, ALKALINE PHOSPHATASE, DIRECT BILIRUBIN INDIRECT BILIRUBIN, ALBUMIN, GLOBULIN, HBsAg ถ้า HBsAg Positive ให้ตรวจ HBeAg และ ALPHA-FETOPROTEIN ด้วย) อื่นๆ.....

สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพเป็นผู้กรอกข้อมูลและลงนาม

โปรดให้ผู้รับการตรวจลงนามด้านล่างนี้ต่อหน้าท่าน
เมื่อได้รับการตรวจสุขภาพ

คำรับรองของแพทย์ผู้ทำการตรวจ

ใช่ ไม่ใช่

1. ท่านได้ตรวจสอบบัตรประจำตัวของผู้รับการตรวจว่าเป็นบุคคลเดียวกัน 2. ท่านเป็นผู้ทำการตรวจด้วยตนเอง 3. ผู้รับการตรวจได้ลงนามต่อหน้าท่าน

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการตรวจ

()

()

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย

...../...../.....

...../...../.....

ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท (สำนักงานใหญ่)

 ไม่นุมัติ อนุมัติ จำนวนเงินที่จ่าย..... บาท

ลงชื่อผู้อนุมัติ..... รหัส.....

ดำเนินการจ่ายเมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อผู้ทำจ่าย.....

()

()

...../...../.....

...../...../.....

ใบส่งตรวจสุขภาพ

เลขที่

สำหรับ สมัครทำประกันรายใหม่ ต่ออายุ/เปลี่ยนแปลงกรมธรรม์

ข้อมูลตัวแทนผู้ส่งตรวจ

ชื่อตัวแทน..... รหัสตัวแทน.....

ชื่อผู้บริหารตัวแทน..... รหัสตัวแทน.....

หน่วย..... สาขา/สำนักงาน.....

ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยที่รับการตรวจสุขภาพ

ใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์เลขที่.....

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย..... อายุ..... ปี

เพศ ชาย หญิง จำนวนเงินเอาประกันภัยรวม..... บาท

บัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ / ใบขับขี่ / อื่นๆ เลขที่.....

แบบฟอร์มที่ใช้ : ใบรายงานการตรวจสุขภาพ (อายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ใบรายงานการตรวจสุขภาพ (อายุต่ำกว่า 16 ปี)รายการตรวจสุขภาพ : MED+GU HIV (เก็บตัวอย่างน้ำลาย) HIV (BLOOD) MU CXR ECG EXERCISE STRESS TEST BLOOD PROFILE ตามรายการ BLPR (HIV, CBC, FBS, HbA1C, CHOLESTEROL, HDL CHOLESTEROL, TRIGLYCERIDE BUN, CREATININE, AST/SGOT, ALT/SGPT, GAMMA GT, ALKALINE PHOSPHATASE, DIRECT BILIRUBIN INDIRECT BILIRUBIN, ALBUMIN, GLOBULIN, HBsAg ถ้า HBsAg Positive ให้ตรวจ HBeAg และ ALPHA-FETOPROTEIN ด้วย) อื่นๆ.....

สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพเป็นผู้กรอกข้อมูลและลงนาม

โปรดให้ผู้รับการตรวจลงนามด้านล่างนี้ต่อหน้าท่าน
เมื่อได้รับการตรวจสุขภาพ

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ

()

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย

...../...../.....

คำรับรองของแพทย์ผู้ทำการตรวจ

ใช่ ไม่ใช่

1. ท่านได้ตรวจสอบบัตรประจำตัวของผู้รับการตรวจว่าเป็นบุคคลเดียวกัน 2. ท่านเป็นผู้ทำการตรวจด้วยตนเอง 3. ผู้รับการตรวจได้ลงนามต่อหน้าท่าน

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการตรวจ

()

...../...../.....

ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท (สำนักงานใหญ่)

 ไม่นุมัติ อนุมัติ จำนวนเงินที่จ่าย..... บาท

ลงชื่อผู้อนุมัติ..... รหัส.....

()

...../...../.....

ดำเนินการจ่ายเมื่อวันที่...../...../.....

ลงชื่อผู้ทำจ่าย.....

()

...../...../.....