

ช่องทางจัดจำหน่ายผ่านตัวแทน ช่องทางจัดจำหน่ายผ่านธนาคาร ช่องทางจัดจำหน่ายผ่านธุรกิจองค์กร

วัน / เดือน / ปี

เรื่อง ส่งตัวผู้ขอเอาประกันชีวิตเข้ารับการตรวจสุขภาพ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

ชื่อ นามสกุล เลขที่กรมธรรม์ -

อายุ ปี วงเงินเอาประกัน บาท บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ / วิชาชีพ เลขที่ - - -

- รายการที่ส่งตรวจ
- FME (UW02) Full Med Examination
 ตรวจสุขภาพโดยแพทย์ที่บริษัทแต่งตั้ง + ตรวจปัสสาวะทางเคมี
 (ผู้เอาประกันตั้งแต่อายุ 16 ปี ขึ้นไป)
 - FME (UW04) Full Med Examination
 ตรวจสุขภาพโดยแพทย์ที่บริษัทแต่งตั้ง + ตรวจปัสสาวะทางเคมี
 (เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี และผู้ชำระเบี้ย)
 - MU ตรวจปัสสาวะสมบูรณ์แบบ
 - CXR Chest X-RAY ฉายเอกซเรย์ปอด
 - EKG ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
 - EST Exercise Stress Test ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบออกกำลังกายบนสายพาน
 - ORASURURE เก็บน้ำลายเพื่อตรวจ Anti - HIV
 - ANTI - HIV ทางเลือด
 - Blood Profile : Anti - HIV, FBS, HbA1C, BUN, Creatinine, Cholesterol, Triglycerides, HDLc, CBC, SGOT, SGPT, GGT, Alkaline Phosphatase, Total protein, Albumin, Globulin, URIC ACID, HbsAg**
 (จะต้องตรวจเลือดเพื่อหาค่า AFP เมื่อ HbsAg เป็น Positive)
 - Blood

อื่นๆ

เมื่อตรวจเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งผลการตรวจมายังบริษัทโดยตรง หรือ ใส่ซองปิดผนึกพร้อมลงนามกำกับคาบผนึกแล้วฝากผู้ถือมายังบริษัท บริษัทขอขอบคุณที่ได้รับ
 ความอนุเคราะห์จากท่าน

ลงชื่อ
 ()

RSM, ASM / ผู้อำนวยการตัวแทน

เบอร์โทร.

ลงชื่อ
 ()

ตัวแทนประกันชีวิต

ชื่อหน่วย

รหัสตัวแทน

เบอร์โทร.

ลงชื่อ
 ()

ที่ปรึกษาวางแผนทางการเงิน

รหัสตัวแทน

เบอร์โทร.

ลงชื่อ
 ()

ผู้ขอเอาประกันชีวิต

เบอร์โทร.