

แนบกับรายการผลการตรวจสอบค้นบริษัท

สำหรับศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ		สำหรับผู้ส่งตรวจ	
ศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ.....		ตัวแทน.....รหัส	
ผู้รับตัว.....วันที่.....		ผู้บริหาร.....รหัส	
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง			
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....		ใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ เลขที่.....	
รายการตรวจสอบสุขภาพ :		☐ MED (รวม Urine Strip) ตรวจร่างกายโดยแพทย์แต่งตั้ง ☐ MU / UA ตรวจปัสสาวะสมบูรณ์แบบ	
☐ EKG ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ☐ HIV (Blood) ☐ TM ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกายแบบ Treadmill EKG (Exercise EKG / EST)			
BLOOD ตรวจเลือด :		☐ ตรวจทุกรายการ ☐ ตรวจบางรายการ (กรุณากำเครื่องหมาย ☒ หน้ารายการที่ต้องการตรวจ)	
☐ FBS ☐ HbA1C ☐ CBC ☐ BUN ☐ Creatinine ☐ Cholesterol ☐ HDL ☐ Triglyceride			
☐ Albumin ☐ Globulin ☐ SGOT ☐ SGPT ☐ ALP ☐ GGT ☐ AFP ☐ HIV			
☐ HBsAg (ถ้า HBsAg Positive ให้ตรวจ HBeAg ด้วย) ☐ ตรวจเลือดอื่นๆ.....			
แบบฟอร์มที่ใช้ :		☐ ใบรายงานการตรวจสุขภาพ (อายุ 16 ปีขึ้นไป) ☐ ใบรายงานการตรวจสุขภาพ (อายุต่ำกว่า 16 ปี)	
คำรับรองของผู้ทำการตรวจ :		1) ท่านได้ตรวจสอบบัตรประจำตัวของผู้รับการตรวจว่าเป็นบุคคลเดียวกัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
		2) ท่านเป็นผู้ทำการตรวจหรือเก็บส่งตรวจด้วยตนเอง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
		3) ผู้รับการตรวจได้ลงนามต่อหน้าท่าน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย :		ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยกับบริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัท” ขอให้ความยินยอม	
		แก่บริษัทรวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทให้ดำเนินการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีจากเลือด หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ	
		เพื่อนำผลประกอบการพิจารณาขอเอาประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันภัยที่ข้าพเจ้าแสดงความจำนงไว้แล้ว และขอยืนยันว่าได้ทำการตรวจต่อหน้าบุคคลผู้ให้คำรับรองท้าย	
		หนังสือนี้จริง และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเปิดเผยการตรวจนี้ต่อบริษัทประกันภัย และบริษัทประกันภัยต่อการขอเอาประกันภัยของข้าพเจ้าได้	
ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ / ผู้ขอเอาประกันภัย		ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ / ผู้เก็บส่งตรวจ	
(.....) วันที่.....		(.....) วันที่.....	

2024_V1 (13/06/2024)

แนบกับใบแจ้งหนี้ของศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ

สำหรับศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ		สำหรับผู้ส่งตรวจ	
ศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ.....		ตัวแทน.....รหัส	
ผู้รับตัว.....วันที่.....		ผู้บริหาร.....รหัส	
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง			
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....		ใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ เลขที่.....	
รายการตรวจสอบสุขภาพ :		☐ MED (รวม Urine Strip) ตรวจร่างกายโดยแพทย์แต่งตั้ง ☐ MU / UA ตรวจปัสสาวะสมบูรณ์แบบ	
☐ EKG ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ☐ HIV (Blood) ☐ TM ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกายแบบ Treadmill EKG (Exercise EKG / EST)			
BLOOD ตรวจเลือด :		☐ ตรวจทุกรายการ ☐ ตรวจบางรายการ (กรุณากำเครื่องหมาย ☒ หน้ารายการที่ต้องการตรวจ)	
☐ FBS ☐ HbA1C ☐ CBC ☐ BUN ☐ Creatinine ☐ Cholesterol ☐ HDL ☐ Triglyceride			
☐ Albumin ☐ Globulin ☐ SGOT ☐ SGPT ☐ ALP ☐ GGT ☐ AFP ☐ HIV			
☐ HBsAg (ถ้า HBsAg Positive ให้ตรวจ HBeAg ด้วย) ☐ ตรวจเลือดอื่นๆ.....			
แบบฟอร์มที่ใช้ :		☐ ใบรายงานการตรวจสุขภาพ (อายุ 16 ปีขึ้นไป) ☐ ใบรายงานการตรวจสุขภาพ (อายุต่ำกว่า 16 ปี)	
คำรับรองของผู้ทำการตรวจ :		1) ท่านได้ตรวจสอบบัตรประจำตัวของผู้รับการตรวจว่าเป็นบุคคลเดียวกัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
		2) ท่านเป็นผู้ทำการตรวจหรือเก็บส่งตรวจด้วยตนเอง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
		3) ผู้รับการตรวจได้ลงนามต่อหน้าท่าน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย :		ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยกับบริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัท” ขอให้ความยินยอม	
		แก่บริษัทรวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทให้ดำเนินการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีจากเลือด หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ	
		เพื่อนำผลประกอบการพิจารณาขอเอาประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันภัยที่ข้าพเจ้าแสดงความจำนงไว้แล้ว และขอยืนยันว่าได้ทำการตรวจต่อหน้าบุคคลผู้ให้คำรับรองท้าย	
		หนังสือนี้จริง และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเปิดเผยการตรวจนี้ต่อบริษัทประกันภัย และบริษัทประกันภัยต่อการขอเอาประกันภัยของข้าพเจ้าได้	
ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ / ผู้ขอเอาประกันภัย		ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ / ผู้เก็บส่งตรวจ	
(.....) วันที่.....		(.....) วันที่.....	

2024_V1 (13/06/2024)