ฟิลลิปประกันชีวิต PhillipLife
บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ทะเบียนเลขที่ 0107556000671)
849 อาคารวรวัฒน์ ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ : 0-2022-5000 โทรสาร : 0-2022-5500
Phillip Life Assurance Public Company Limited (Registration 0107556000671)
849 Vorawat Bldg., Silom Rd., Bangrak, Bangkok 10500 Tel.: 0-2022-5000 Fax.: 0-2022-5500 www.phillplife.com

แบบฟอร์มประกอบการตรวจสุขภาพ

ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกัน.....หมายเลขบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/อื่นๆ.....

ทำเครื่องหมาย / ในช่องรายการที่ต้องการตรวจ ** เพื่อความสะดวกกรุณาโทรนัดหมายโรงพยาบาลล่วงหน้าเพื่อรับคำแนะนำก่อนตรวจ**

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวม (บาท)	อายุ (ปี)						
	0-15	16 – 40	41 – 50	51 – 55	56 – 60	61 – 65	66 ปีขึ้นไป
≤ 500,000	NM	NM	NM	NM	NM	MED	MED
500,001 – 1,000,000	NM	NM	NM	NM	MED	MED	MED
1,000,001 –1,500,000	NM	NM	NM	MED	MED	MED,MU	MED, MU
1,500,001 –2,000,000	NM	NM	MED	MED	MED	MED, MU, ECG	MED, MU,ECG
2,000,001 – 3,000,000	MED	MED	MED,MU	MED, MU	MED, MU, ECG	MED, MU, ECG	MED,MU, ECG
3,000,001 – 5,000,000	MED	MED	MED, MU, ECG	MED, MU, ECG	MED, MU, ECG, BP2	MED, MU, BP2, ECG,	MED, MU, CXR,ECG,BP2
5,000,001 – 8,000,000	MED	MED, MU, BP1	MED, MU, BP1, ECG	MED, MU, BP2, ECG	MED, MU, BP2, CXR, ECG	MED, MU, CXR, ECG, BP2	MED, MU, CXR,ECG,BP2
8,000,01 -10,000,000	MED	MED,MU,HIV BP2, ECG	MED, MU, HIV, BP2 ECG	MED, MU, HIV, BP2, ECG	MED, MU, BP2, CXR, ECG	MED, MU, BP2, CXR, ECG	MED,MU, BP2,CXR,EST
10,000,001-15,000,000	N/A	MED,MU,HIV BP2 ECG	MED, MU, HIV, BP2, EST	MED, MU, HIV, BP2, EST	MED, MU, BP2, CXR, EST	MED, MU, BP2, CXR, EST	MED,MU, BP2,CXR, EST
>15,000,000	N/A	MED, MU, HIV, BP2, CXR, EST					

☐ Blood (ตรวจเลือด) โปรดระบุรายการ.....

☐ ตรวจเพิ่มเติมตามเอกสารของฝ่ายพิจารณารับประกันของบริษัทฯ โปรดระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกัน ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

( ) ( )

ลงชื่อ.....ตัวแทน ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

( ) วันที่.....

คำอธิบาย

1. NM (Non-Med; ไม่ต้องตรวจสุขภาพ)
2. MED (การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ปริญญาบัตร พร้อมการตรวจปัสสาวะโดยการจุ่ม strip)
3. MU (การตรวจปัสสาวะสมบูรณ์แบบ (Microscopic Urinalysis))
4. ECG (การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะพัก (Resting ECG))
5. EST (การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test))
6. CXR (การฉายเอ็กซเรย์ปอด)
7. HIV (การตรวจเลือดหา Anti HIV)
8. N/A (ไม่สามารถสมัครทำประกันชีวิตได้)
9. BP1 (การตรวจเลือดเพื่อหาค่าของ FBS,HbA1C,CBC,Cholesterol,HDL,SGOT,SGPT,GGT,HBsAg) **(ถ้า HBsAg positive ให้ตรวจ HBeAg ด้วย)**
10. BP2 (การตรวจเลือดเพื่อหาค่าของ FBS, HbA1C, CBC, BUN, Creatinine, Uric acid, Cholesterol, HDL, Triglyceride, SGOT, SGPT, GGT, T.Bilirubin, ALP, AFP, Albumin, Globulin, HBsAg **(ถ้า HBsAg positive ให้ตรวจ HBeAg ด้วย)**

สามารถสอบถามรายละเอียดที่หมายเลข (02) 0225661 – 2 ฝ่ายพิจารณารับประกัน

เอกสารนี้สำหรับโรงพยาบาลใช้วางบิลพร้อมกับสำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน และ สำเนาบัตรตัวแทนเพื่อเรียกเก็บค่าตรวจสุขภาพกับบริษัทฯ ตามสัญญาที่ระบุ