

體檢申請／照會單

1. 本體檢申請／照會單請隨同體檢表或檢查報告寄回本公司
2. 本體檢申請／照會單須有業務單位或核保單位或醫務單位的印章方為有效

保單號碼：_____

日期：_____年_____月_____日

被保險人姓名	年齡	性別	業務員／執業經紀人（代理人）
身分證統一編號	壽險投保總金額（新台幣）		業務單位
體檢原因： <input type="checkbox"/> 新契約 <input type="checkbox"/> 抽樣體檢 <input type="checkbox"/> 複檢 <input type="checkbox"/> 延期或拒保史 <input type="checkbox"/> 壽險累計保額超過免體檢授權 <input type="checkbox"/> 復效、變更 <input type="checkbox"/> 其它（原因：_____）			
◆ 敬請 貴醫院／診所檢查人員鼎力協助辦理右列事項：1. 請核對是否為被保險人本人。 2. 請提醒被保險人於體檢表簽名欄位簽名。			
體檢項目： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1.[ME] 普通體檢 <input type="checkbox"/> 2.[UR] 尿液常規檢查（含沈渣檢查） <input type="checkbox"/> 3.[EKG] 靜止心電圖檢查 <input type="checkbox"/> 4.[CXR] 胸部 X 光檢查 <input type="checkbox"/> 5.[CBC] 血液常規檢查（WBC, RBC, Hb, Ht, DC, MCV, MCH, MCHC, Platelet） <input type="checkbox"/> 6.[LFT] 肝功能檢查（SGOT, SGPT, Total & Direct Bilirubin, r-GT, HBsAg, Anti-HCV, Alphafetoprotein Test） （若 HBsAg 呈陽性反應，請加作 HBeAg） <input type="checkbox"/> 7.[RFT] 腎功能檢查（BUN, Creatinine, Uric Acid） <input type="checkbox"/> 8.[BT] 血液檢查（CBC, VDRL, HIV, Fasting Blood Sugar, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, HDL-Cholesterol, BUN, Creatinine, Uric Acid, SGOT, SGPT, Total & Direct Bilirubin, r-GT, HBsAg, Anti-HCV, Alphafetoprotein Test） （若 HBsAg 呈陽性反應，請加作 HBeAg） <input type="checkbox"/> 9.[UA] 尿酸檢查（Uric Acid） <input type="checkbox"/> 10.[T4] 甲狀腺素檢查（T4 Test） <input type="checkbox"/> 11.[BLP] 血脂肪測試（Cholesterol, Triglyceride, HDL-Cholesterol） <input type="checkbox"/> 12.[FBS] 血糖測驗（Fasting Blood Sugar & HbA1c） <input type="checkbox"/> 13.[SONO] 腹部超音波檢查（請先與體檢醫院預約） <input type="checkbox"/> 14.[SBT] 特別血液檢查（VDRL & HIV TEST） <input type="checkbox"/> 15.[EYE] 視力表兩眼裸視及矯正檢查 <input type="checkbox"/> 16.[HT] 聽力測試（含 500HZ、1000HZ、2000HZ 三點） <input type="checkbox"/> 17.[TST] 運動心電圖檢查（跑步機耐力測試 -Treadmill Stress Test）（請先與體檢醫院預約） <input type="checkbox"/> 18. <input type="checkbox"/> 19. <input type="checkbox"/> 20. 			
檢查地點： <input type="checkbox"/> 本公司簽約之體檢醫院 <input type="checkbox"/> 請赴右示地點檢查		<input type="checkbox"/> 請自費檢查	
◆ 業務代表注意事項： <ol style="list-style-type: none"> 1. 請被保險人攜帶身分證正本或駕照正本或護照正本以核對身分。並請於收到本照會單後儘速協助安排保戶辦理體（複）檢或請提供近三個月內體檢報告（同業體檢報告亦可）代替體檢，以維護被保險人權益。 2. 體檢項目請依醫務規則正確勾選。如對體檢項目或體檢地點不確定時，請向核保人員或宏泰人壽網站查詢，以免漏做體檢項目。 3. 接受第6 - 12項及「腹部超音波」檢查時，請被保險人務必空腹八小時以上。 4. 被保險人如為女性，請避開生理週期。 5. 未成年之被保險人請攜帶戶口名簿及健保卡由父母或法定代理人陪同體檢。 6. 本體檢申請／照會單如為核保人員通知體（複）檢，請務必至指定檢查地點接受體檢並請於最後期限_____年_____月_____日前完成體（複）檢。如逾期未完成檢查，本公司將暫先取消本保單的投保申請。造成不便之處敬請見諒！感謝您的協助。 			申請／照會單位／核保員姓名