

Application for SME Package / ใบสมัครสำหรับประกันแพคเกจ SME

Policy Holder / ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ _____

Address / ที่อยู่ _____

Tax ID / หมายเลขผู้เสียภาษี _____

Number of Employee / จำนวนพนักงานทั้งหมด _____

Effective Date / วันที่เริ่มความคุ้มครอง _____

Benefit Detail

Plan 1 : _____members _____Premium ☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Dental

Plan 2 : _____members _____Premium ☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Dental

Plan 3 : _____members _____Premium ☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Dental

Plan 4 : _____members _____Premium ☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Dental

Plan 5 : _____members _____Premium ☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Dental

Plan 6 : _____members _____Premium ☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Dental

Plan 7 : _____members _____Premium ☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Dental

Plan 8 : _____members _____Premium ☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Dental

Plan 9 : _____members _____Premium ☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Dental

Plan 10 : _____members _____Premium ☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Dental

Total _____members _____Premium / เบี้ยประกันสุทธิ .

Total Premium / เบี้ยประกันรวมอากร 0.4% _____

