

เลขที่ D00189974

ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000086

BR00105

วันที่ 05/11/2024

ชื่อและที่อยู่ผู้เอาประกันภัย Insured Name & Address		บาท BAHT
MR. AVINE MAHARAJ P&P COMPUTER, 108/1 NAMUANG ROAD, NAMUANG, CHACHOENGSAO 24000 060501-000-00001 <small>โปรดทราบ : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพของท่านจะถูกยกเลิกและเป็นโมฆะ ถ้าบริษัทฯ ไม่ได้รับการชำระเบี้ยประกันภายใน 30 วัน จากวันมีผลบังคับ Please note : your health insurance policy will be cancelled and voided if premium due is not received within 30 days from the effective date.</small>	ทุนประกันภัย Sum Insured	270,000.00
	อัตรา Rate %	-
	เบี้ยประกันภัย Premium	2,871.00
	ภาษีธุรกิจเฉพาะ SBT	0.00
	กรมธรรม์เลขที่ Policy No. 05475-I-STA-24-11	อากรแสตมป์ Duty Stamp
เริ่มวันที่ From 18/11/2024	ถึง To 17/02/2025	รวมเป็นเงิน Total 2,883.00

B0001-00105

ชำระโดย เงินสด เช็คเลขที่ ธนาคาร ลงวันที่

Form of Payment Cash Cheque No. Bank Date

ใบเสร็จรับเงินนี้ถ้าชำระด้วยเช็ค จะมีผลบังคับใช้เมื่อเรียกเก็บเงินตามเช็คได้แล้ว
 If payment is made by cheque this receipt will be valid only when the cheque has been honoured.

ผู้จัดการ Manager.....  ผู้รับเงิน Collector.....



เลขที่ D00189974

ใบแจ้งเบี้ยประกัน PREMIUM INVOICE

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000086

BR00105

วันที่ 05/11/2024

ชื่อและที่อยู่ผู้เอาประกัน Insured Name & Address		บาท BAHT
MR. AVINE MAHARAJ P&P COMPUTER, 108/1 NAMUANG ROAD, NAMUANG, CHACHOENGSAO 24000 060501-000-00001 <small>โปรดทราบ : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพของท่านจะถูกยกเลิกและเป็นโมฆะ ถ้าบริษัทฯ ไม่ได้รับการชำระเบี้ยประกันกับภายใน 30 วัน จากวันมีผลบังคับ Please note : your health insurance policy will be cancelled and voided if premium due is not received within 30 days from the effective date.</small>	ทุนประกันภัย Sum Insured	270,000.00
	อัตรา Rate %	-
	เบี้ยประกันภัย Premium	2,871.00
	ภาษีธุรกิจเฉพาะ SBT	0.00
	กรมธรรม์เลขที่ Policy No. 05475-I-STA-24-11	อากรแสตมป์ Duty Stamp
เริ่มวันที่ From 18/11/2024	ถึง To 17/02/2025	รวมเป็นเงิน Total 2,883.00

B0001-00105

ชำระโดย เงินสด เช็คเลขที่ ธนาคาร ลงวันที่

Form of Payment Cash Cheque No. Bank Date

ใบเสร็จรับเงินนี้ถ้าชำระด้วยเช็ค จะมีผลบังคับต่อเมื่อเรียกเก็บเงินตามเช็คได้แล้ว

If payment is made by cheque this receipt will be valid only when the cheque has been honoured.

ผู้จัดการ Manager.....

ผู้รับเงิน Collector.....



OUR CONTACT INFORMATION

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 3 อาคารรัตนาคาร ชั้นที่ 16 โซนบีซี
 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร
 กรุงเทพฯ 10120

Pacific Cross Health Insurance PCL
 No.3 Rajanakarn Building, 16th Fl., Zone BC,
 South Sathorn Road, Yannawa, Sathorn,
 Bangkok 10120

Tax Number: 0107556000086
 Tel: +662 401 9189
 Fax: +662 401 9187
 www.PacificCrossHealth.com