

เลขที่ LB2023120919867

**ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT**

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000086

วันที่ 20/12/2023

| ชื่อและที่อยู่ผู้เอาประกันภัย Insured Name & Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   | บาท BAHT                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|------------|
| <p>กลุ่มผู้ให้แรงงาน .<br/>40/22 ซอยคูบอน 13 ถนนคูบอน<br/>แขวงรามอินทรา เขตคันนายาว<br/>กรุงเทพมหานคร 10230</p> <p><small>โปรดทราบ : กรมธรรม์ประกันสุขภาพของท่านจะถูกยกเลิกและเป็นโมฆะ ถ้าบริษัทฯ ไม่ได้รับการชำระเบี้ยประกันภัยภายใน 30 วัน จากวันมีผลบังคับ<br/>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></p> |                   | ทุนประกันภัย<br>Sum Insured | 150,000.00 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   | อัตรา<br>Rate %             | -          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   | เบี้ยประกันภัย<br>Premium   | 986.00     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   | ภาษีธุรกิจเฉพาะ<br>SBT      | 0.00       |
| กรมธรรม์เลขที่<br>Policy No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 00012-G-HPM-22-02 | อากรแสตมป์<br>Duty Stamp    | 4.00       |
| เริ่มวันที่<br>From                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 14/06/2024        | ถึง<br>To                   | 14/12/2024 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   | รวมเป็นเงิน<br>Total        | 990.00     |

B0001-00179

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 แปซิฟิค คอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)**  
152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21  
ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม  
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

**Pacific Cross Health Insurance PCL**  
152 Chartered Square Building 21st Floor,  
North Sathorn Road, Silom,  
Bangrak, Bangkok 10500

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