



ศูนย์บริการ LMG Pacific Healthcare/ Service Center

ชั้น 12 อาคารลิเบอร์ตี้สแควร์ 287 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร (662) 6311582-4 โทรสาร (662) 6311580

12Fl. Liberty Square, 287 Silom Rd. Bangkok 10500 Tel: (662) 6311582-4 Fax: (662) 6311580

## ใบสมัครเลือกแผนประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ Health and Accident Insurance Plan selection form

ชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง

(Name - Surname) \_\_\_\_\_

อายุ

(Age) \_\_\_\_\_

ส่วนสูง ซม.

(Height cm.) \_\_\_\_\_

น้ำหนัก กก.

(Weight Kg.) \_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปี เกิด

(Date of birth) \_\_\_\_\_

Photo

Comprehensive Family Plan

Mega Series

1. เลือกแผนความคุ้มครอง (Select Plan)	<input type="checkbox"/> สแตนดาร์ด (Standard) <input type="checkbox"/> เอ็กsekคิวทีฟ (Executive) <input type="checkbox"/> พรีเมียร์ (Premier) _____	<input type="checkbox"/> แมกซ์ซีแคร์ (Maxi Care) <input type="checkbox"/> อัลตราแคร์ (Ultra Care) _____
2. เลือกส่วนลด (Discount Options)		<input type="checkbox"/> ไม่คุ้มครองผู้ป่วยนอก 20% _____ OPD Exclusion <input type="checkbox"/> ไม่คุ้มครอง 40,000 บาทแรก 25% _____ 40,000 THB. Deductible <input type="checkbox"/> ไม่คุ้มครอง 100,000 บาทแรก 32.5% _____ 100,000 THB. Deductible <input type="checkbox"/> ไม่คุ้มครอง 200,000 บาทแรก 40% _____ 200,000 THB. Deductible <input type="checkbox"/> จำกัดขอบเขตการรักษา 20% _____ Treatment Area Limit
3. เลือกความคุ้มครองเพิ่มเติม	<input type="checkbox"/> คนไข้นอก (OPD) _____ <input type="checkbox"/> Benefit Expander _____	<input type="checkbox"/> ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA) _____ <input type="checkbox"/> จักษุ (Vision) _____ <input type="checkbox"/> ทันตกรรม (Dental) _____ <input type="checkbox"/> เดินทาง (Travel) _____
4. ค่าเบี้ยประกันรายปี (Annual Premium)	ค่าเบี้ยประกันรวมภาษี อากร Premium includes Tax and Stamp duty _____ * ค่าเบี้ยประกันนี้รวมภาษี อากร แล้ว *	เบี้ยประกันสุทธิ Net Premium _____ อากรแสตมป์ 0.4% _____ Stamp Duty _____ ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% _____ VAT _____ เบี้ยประกันรวม Total Premium _____

ลงนาม (ผู้ขอเอาประกันภัย)

Applicant's Signature:

วันที่ (วัน/ เดือน/ ปี)

Date: (DD/MM/YYYY)

 -  - 

ชื่อตัวแทน / นายหน้า

BROKER / AGENT NAME

รหัสตัวแทน/ นายหน้า

BROKER / AGENT CODE:

สำนักงานใหญ่ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด/ LMG Insurance Co., Ltd. Head Office โทร./ Tel. (662) 6616000 โทรสาร/ Fax (662) 6393907

ชั้น 14-15,17 อาคารจัสมินซิตี 2 ซอยสุขุมวิท 23 ถ. สุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กทม. 10110

14-15, 17th Fl. Jasmine City, 2 Sukhumvit Soi 23, Sukhumvit Road, Klongtoey Nua, Wattana, Bangkok 10110