



Principal
 Enrollee
 Photo
 Here

Effective Date _____ ENROLLEE APPLICATION FORM
 ____/____/____ (GROUP PLANS)

Please complete in BLOCK LETTERS and return with a passport photograph of each beneficiary to SERENE HEALTH CARE LIMITED

A. Personal Data

Surname										Middle Name										First Name									
Title				Date of Birth (DD/MM/YY)								Gender (M/F)		Marital Status *M/S/D/W		Blood Group													

Residential Address (Not P.O. Box)																											
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone										Mobile										E-mail							
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--

B. Employer Group Information

Name Of Company																											
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address Of Company (Head Office/ Branch)																											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone										Designation										Dept/ Division							
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--	--	--

C. Plan Option (Your Selection must be offered by your employer)

SERENE DIAMOND			RED RUBY			SAPPHIRE BLUE			EMERALD GREEN								
----------------	--	--	----------	--	--	---------------	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

D. Individuals Covered

NAME OF PROVIDERS

NAME OF HOSPITAL	ADDRESS

5. PASSPORT PHOTO

--	--	--	--	--

Signature and date

