

วิธีชำระค่าเบี้ยประกันภัย

Methods of Payment

1 ชำระที่บริษัทฯ โดยชำระเป็นเงินสด, เช็คขีดคร่อม (A/C Payee Only)
ส่งจ่ายในนาม "บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)"

1 Pay in Person at Company by cash, cashier cheque or cheque
(A/C Payee Only), payable to "Pacific Cross Health Insurance PCL"

2 ชำระโดยโอนเงินผ่านระบบ พร้อมเพย์:



107556000086



2 Transfer by Prompt Pay:



107556000086



3 ชำระโดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี "บริษัท แปซิฟิก ครอส
ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)" ตามรายละเอียดธนาคารด้านล่าง

3 Transfer to "Pacific Cross Health Insurance PCL" by bank accounts
listed below.

4 ชำระโดยบัตรเครดิตโปรดใช้แบบฟอร์มด้านล่าง

4 Payment by credit card. Please fill up the form below.

ธนาคาร/Banks	สาขา/Branch	เลขที่บัญชี/Account No.	Swift Code
 ธ.กสิกรไทย / Kasikorn Bank	เอ็มไพร์ ทาวเวอร์ / Empire Tower	681-2-09370-1	KASITHBK
 ธ.กรุงศรีอยุธยา / Bank of Ayudhya	ซิลลิค เฮาส์ / Zuellig House	503-1-17420-8	AYUDTHBK
 ธ.ทหารไทย / TMB Bank	รพ.เซนต์หลุยส์ / Saint Louis Hospital	186-2-20755-0	TMBKTHBK
 ธ.กรุงเทพ / Bangkok Bank	รพ.เซนต์หลุยส์ / Saint Louis Hospital	002-7-12073-2	BKKBTHBK
 ธ.ไทยพาณิชย์ / Siam Commercial Bank	รพ.เซนต์หลุยส์ / Saint Louis Hospital	191-2-08534-6	SICOTHBK

When making remittances from overseas we require: Full name of policy holder ; Policy Number ; Premium payable.

หนังสือให้ความยินยอมให้เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

AUTHORIZATION TO COLLECT PREMIUM THROUGH CREDIT CARD

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าดังนี้
(I hereby authorize Pacific Cross Health Insurance Public Company Limited to collect policy premium through my credit card based on below details.)

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (Policy Holder Name)

กรมธรรม์เลขที่ (Policy Number)

จำนวนเงินเป็นคำอักษร (Amount in Words)

บัตรเครดิต (Credit Card) ☐  ☐  ธนาคารเจ้าของบัตร (The owner of the credit card bank)

หมายเลขบัตรเครดิต (Credit Card No.)

วันหมดอายุ (Expire Date/Valid Thru): / ชื่อผู้ถือบัตร (Card Holder's Name)

ที่อยู่ (Address)

โทรศัพท์บ้าน (Tel.) มือถือ (Mobile) อีเมล (Email)

.....
ลายมือตามชื่อบัตร Signature (same as on the card) วันที่ (Date)

Remark: Do not accept Diners Club Card, American Express Card

Company will notify you of the result via SMS to your mobile phone every time when the payment is made.

ที่อยู่สำหรับติดต่อสอบถามหรือจัดส่งเอกสาร

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21 ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ
แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107556000086
โทร 02 401 9189 แฟกซ์ 02 401 9187
Email: Sales@th.pacificcrosshealth.com

Contact Address and Details

Pacific Cross Health Insurance Public Company Limited
152 Charter Square Building 21st Floor, Room 21-01 North Sathorn Road,
Silom, Bangrak, Bangkok 10500
Tax ID: 0107556000086
Tel. +66 2 401 9189 Fax. +66 2 401 9187
Email: Sales@th.pacificcrosshealth.com