

เพื่อเข้าบัญชี Standard Chartered Bank (Thai) Pcl.-Tax ID: 0107536000498
(For บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด(มหาชน))

สาขาที่รับฝาก _____ วันที่ _____

- บมจ. ธนาคารกรุงศรีอยุธยา (Comp Code:96312) (สาขาพัฒนาพงศ์)
- บมจ. ธนาคารไทยพาณิชย์ (Bill Payment) เลขที่บัญชี 101-3-02084-1 (ธุรกิจ)
- บมจ. ธนาคารกรุงเทพ (BR0101)(Comp Code: 82400)(Service Code: SCPCHL)
- บมจ. ธนาคารกสิกรไทย (Comp Code: 32032)

NAME/ชื่อลูกค้า:	_____
REF.1:	_____
REF.2/CUST.NO.	_____
รหัสลูกค้า	_____

สำหรับลูกค้า / CUSTOMER'S COPY

กำหนดชำระภายในวันที่ (PAYMENT DUE DATE): _____

<input type="checkbox"/> เงินสด (CASH)	<input type="checkbox"/> เช็ค (CHEQUE) โปรดกรอกรายละเอียดเช็คด้านล่าง	บาท BAHT		สำหรับเจ้าหน้าที่
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร TOTAL AMOUNT			ผู้รับเงิน	
หมายเลขเช็ค CHQ. NO.	ชื่อธนาคาร DRAWEE BANK/ สาขา BRANCH	จำนวนเงิน AMOUNT	ผู้รับมอบอำนาจ	

กรุณานำใบแจ้งการชำระเงินฉบับนี้ไปชำระได้ที่ธนาคารที่ระบุด้านบนทุกสาขาทั่วประเทศ (รายละเอียดเพิ่มเติมด้านล่าง) ชื่อผู้นำฝาก _____ โทร. _____

บริการรับชำระผ่านธนาคาร

เพื่อความสะดวกสบายในการชำระเงินผ่านบัญชี ธนาคารสแตนดาร์ดชาร์เตอร์ด (ไทย) จำกัด (มหาชน) เพื่อ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) โดยชำระผ่านธนาคารต่างๆ ที่ระบุไว้ด้านหน้า เพียงทำนำเงินสดหรือเช็ค ไปชำระที่เคาน์เตอร์ธนาคารที่ระบุด้านบนทุกสาขาทั่วประเทศ โดยใช้แบบฟอร์มการนำฝากพิเศษ และไม่ต้องส่งสำเนาฟอร์มนี้กลับมายังบริษัทฯ ขอเพียงท่านปฏิบัติตามดังนี้

- กรอกวันที่การฝากเงินสด/เช็ค และรายละเอียดการชำระเงินลงในชุดแบบนำฝากพิเศษที่บริษัทฯ จัดให้ทั้ง 2 ฉบับให้ครบถ้วน
- ยื่นชุดใบนำฝากพิเศษ พร้อมทั้งเงินสด/เช็ค อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อ 1 ชุดใบนำฝากพิเศษ ที่เคาน์เตอร์รับฝากเงินของธนาคาร
- กรณีจ่ายชำระด้วยเช็ค
 - กรุณาขีดคร่อม A/C PAYEE ONLY เช็คของท่าน และส่งจ่าย "บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด(มหาชน)"
 - วันที่ระบุในเช็คจะต้องไม่เกินกว่าวันที่จ่ายชำระผ่านธนาคาร และนำส่งธนาคารภายในเวลาที่กำหนดรับเช็คของธนาคาร
 - จ่ายชำระด้วยเช็ค 1 ใบต่อ 1 ชุดใบนำฝากพิเศษ
- บมจ.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา บมจ. ธนาคารไทยพาณิชย์ บมจ. ธนาคารกรุงเทพ และบมจ. ธนาคารกสิกรไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับชำระได้ทั้งเงินสด/เช็ค โดยเช็คจะต้องเป็นเช็คในเขตสำนักบัญชีเดียวกับสาขาที่รับชำระ
- รับสำเนาชุดแจ้งการชำระเงินที่ธนาคารลงนาม หรือประทับตราเก็บไว้เป็นหลักฐาน
- ธนาคารจะนำเงินสด/เช็ค เข้าบัญชี Standard Chartered Bank (Thai) Public Company Limited. *For Pacific Cross Health Insurance PCL*



เพื่อเข้าบัญชี Standard Chartered Bank (Thai) Pcl.-Tax ID: 0107536000498
(For บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด(มหาชน))

สาขาที่รับฝาก _____ วันที่ _____

- บมจ. ธนาคารกรุงศรีอยุธยา (Comp Code:96312) (สาขาพัฒนาพงศ์)
- บมจ. ธนาคารไทยพาณิชย์ (Bill Payment) เลขที่บัญชี 101-3-02084-1 (ธุรกิจ)
- บมจ. ธนาคารกรุงเทพ (BR0101)(Comp Code: 82400)(Service Code: SCPCHL)
- บมจ. ธนาคารกสิกรไทย (Comp Code: 32032)

NAME/ชื่อลูกค้า:	_____
REF.1:	_____
REF.2/CUST.NO.	_____
รหัสลูกค้า	_____

สำหรับธนาคาร / BANK'S COPY

กำหนดชำระภายในวันที่ (PAYMENT DUE DATE): _____

<input type="checkbox"/> เงินสด (CASH)	<input type="checkbox"/> เช็ค (CHEQUE) โปรดกรอกรายละเอียดเช็คด้านล่าง	บาท BAHT		สำหรับเจ้าหน้าที่
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร TOTAL AMOUNT			ผู้รับเงิน	
หมายเลขเช็ค CHQ. NO.	ชื่อธนาคาร DRAWEE BANK/ สาขา BRANCH	จำนวนเงิน AMOUNT	ผู้รับมอบอำนาจ	

กรุณานำใบแจ้งการชำระเงินฉบับนี้ไปชำระได้ที่ธนาคารที่ระบุด้านบนทุกสาขาทั่วประเทศ (รายละเอียดเพิ่มเติมด้านล่าง) ชื่อผู้นำฝาก _____ โทร. _____

ที่อยู่สำหรับการติดต่อสอบถามหรือจัดส่งเอกสาร / Contact Address and Details

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) 3 อาคารวิจิตรถาวร ชั้นที่ 16 โซนบีซี ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Pacific Cross Health Insurance Public Company Limited 3 Rajanakam Building 16th Floor Zone BC South Sathorn Road, Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0107556000086 / Tax ID : 0107556000086 โทร. +66 2 401 9189 แฟกซ์ +66 2 401 9189 Fax: +66 2 401 9167 Email : Sales@th.pacificcrosshealth.com



QR Cross Bank