

**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 Towe	681-2-09370-1	KASITHBK
 ธ.กรุงศรีอยุธยา / Bank of Ayudhya	ซึลลิก เฮ้าส์ / 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) ..... จำนวนเงิน (Amount)..... บาท (Baht)

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (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) .....

.....  
ลายมือชื่อบัตร 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)  
3 อาคารรัตนการ ชั้นที่ 16 โซนบีซี  
ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา  
เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

Contact Address and Details  
Pacific Cross Health Insurance Public Company Limited  
3 Rajanakarn Building 16th Floor Zone BC  
South Sathorn Road, Yannawa,  
Sathorn, Bangkok 10120

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0107556000086  
โทร. : 02 401 9189 แฟกซ์: 02 401 9187  
อีเมล : Sales@th.pacificcrosshealth.com

Tax ID : 0107556000086  
Tel : +66 2 401 9189 Fax : +66 2 401 9187  
Email : Sales@th.pacificcrosshealth.com