PACIFIC CROSS
HEALTH INSURANCE PCL

วิธีการชำระค่าเบี้ยประกันภัย

1. ชำระที่บริษัทฯ โดยชำระเป็นเงินสด, เช็คขีดคร่อม (A/C Payee Only) สั่งจ่ายในนาม **"บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)"**
2. ชำระโดยโอนเงินผ่านระบบ **พร้อมเพย์ :** เลขที่ **0107556000086**
3. ชำระโดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี **"บริษัท แปซิฟิค ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)"** ตามรายละเอียดธนาคาร ด้านล่าง
4. ชำระโดยบัตรเครดิตโปรดใช้แบบฟอร์ม ด้านล่าง

Methods of Payment

1. Pay in Person at Company by cash, cashier cheque or cheque (A/C Payee Only), payable to **"Pacific Cross Health Insurance PCL"**
2. Transfer by **Prompt Pay** : No. **0107556000086**
3. Transfer to **"Pacific Cross Health Insurance PCL"** by bank accounts listed below.
4. Payment by credit card. Please fill up the form below.

ธนาคาร/Banks	สาขา/Branch	เลขที่บัญชี / Account No.	Swift Code
ธ.กสิกรไทย / Kasikorn Bank	เซ็นต์หลุยส์ 3 / Saint Louis 3	681-2-09370-1	KASITHBK
ธ.กรุงศรีอยุธยา / Bank of Ayudhya	ซิลลิค เฮ้าส์ / Zuellig House	503-1-17420-8	AYUDTHBK
ธ.ทหารไทย / TMB Bank	รพ.เซ็นต์หลุยส์ / Saint Louis Hospital	186-2-20755-0	TMBKTHBK
ธ.กรุงเทพ / Bangkok Bank	รพ.เซ็นต์หลุยส์ / Saint Louis Hospital	002-7-12073-2	BKKBTHBK
ธ.ไทยพาณิชย์ / Siam Commercial Bank	รพ.เซ็นต์หลุยส์ / 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 และยินยอมให้ บริษัท แปซิฟิค 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) ☐ VISA ☐ MasterCard

หมายเลขบัตรเครดิต (Credit Card No.) ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

วันหมดอายุ (Expire Date/Valid Thru) : ☐☐/☐☐ (M M Y Y) ชื่อผู้ถือบัตร (Card Holder's Name) .....

ที่อยู่ (Address) .....

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

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

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

ที่อยู่สำหรับติดต่อสอบถามหรือจัดส่งเอกสาร
บริษัท แปซิฟิค 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 Chartered 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