

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 PromptPay:



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	ถนนราชีวาสรานครินทร์ / Naradhiwas Rajanagarindra Road	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	ถนนสาทร / Thanon Sathorn	191-2-08534-6	SICOTHBK
 ธ.กรุงไทย / Krungthai Bank	เอ็มไพร์ทาวเวอร์ (ถนนสาทร) / Empire Tower (Sathorn Road)	170-0-28362-6	KRTHTHBK

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)

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)
 3 อาคารรัตนาคาร 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
 อีเมลล์ : Sales@th.pacificcrosshealth.com

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