






วิธีการชำระค่าเบี้ยประกันภัย

- ชำระที่บริษัทฯ โดยชำระเป็นเงินสด, เช็คขีดคร่อม (A/C Payee Only) ตั้งจ่ายในนาม “บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)”
- ชำระโดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี “บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)” ตามตารางรายชื่อธนาคารด้านล่าง
- ชำระโดยบัตรเครดิตโปรดใช้แบบฟอร์มด้านล่าง

Methods of Payment

- Pay in Person at Company by cash, cashier cheque or cheque (A/C Payee Only), payable to “Pacific Cross Health Insurance PCL”
- Transfer to “Pacific Cross Health Insurance PCL” by bank accounts listed below.
- Payment by credit card. Please fill up the form below.

รายละเอียดธนาคาร / Bank Details

 ธ.กสิกรไทย/Kasikorn Bank	สาขา/Branch : เซนต์หลุยส์ 3 / Saint Louis 3	A/C No: 681-2-09370-1
 ธ.กรุงศรีอยุธยา/Bank of Ayudhya	สาขา/Branch : ซิลลิค เฮ้าส์ / Zuellig House	A/C No: 503-1-17420-8
 ธ.ทหารไทย/TMB Bank	สาขา/Branch : รพ.เซนต์หลุยส์ / Saint Louis Hospital	A/C No: 186-2-20755-0
 ธ.กรุงเทพ/Bangkok Bank	สาขา/Branch : รพ.เซนต์หลุยส์ / Saint Louis Hospital	A/C No: 002-7-12073-2
 ธ.ไทยพาณิชย์/Siam Commercial Bank	สาขา/Branch : รพ.เซนต์หลุยส์ / Saint Louis Hospital	A/C No: 191-2-08534-6

**หนังสือให้ความยินยอมให้เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต
AUTHORIZATION TO COLLECT PREMIUM THROUGH CREDIT CARD**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ และยินยอมให้ บริษัท 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)  

หมายเลขบัตรเครดิต (Credit Card No.)

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

ที่อยู่ (Address)

..... โทรศัพท์บ้าน (Tel.) มือถือ (Mobile)

อีเมล (Email).....

ลายมือชื่อตามบัตร
Signature (same as on the card)

ที่อยู่สำหรับติดต่อสอบถามหรือจัดส่งเอกสาร

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
152 อาคารชาร์เตอร์ด์แควร์ ชั้น 21 ห้อง 21-01
ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก
กรุงเทพฯ 10500 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107556000086
โทร. +66 2 401 9189 แฟกซ์ +66 2 401 9167
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 9167
Email : Sales@th.pacificcrosshealth.com