

แบบฟอร์มขอหนังสือรับรองการลดหย่อนภาษี
สำหรับการประกันภัยสุขภาพ บิดา-มารดา ของผู้มีเงินได้
รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....

- กรมธรรม์ประกันภัยหมายเลข - -
- ทุกกรมธรรม์ประกันภัยของผู้เอาประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร - - - -

ไม่ยินยอม ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

.....
()

ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย คนที่ 1 (นาย/นาง/นางสาว).....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย คนที่ 2 (นาย/นาง/นางสาว).....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย คนที่ 3 (นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากรตามเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีคนที่ 1 ที่ได้รับจากกรมสรรพากร - - - -

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีคนที่ 2 ที่ได้รับจากกรมสรรพากร - - - -

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีคนที่ 3 ที่ได้รับจากกรมสรรพากร - - - -

ไม่มีความประสงค์

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัยคนที่ 1

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัยคนที่ 2

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัยคนที่ 3

.....

.....

.....

()

()

()