

หนังสือแจ้งความประสงค์ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษี และยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล  
เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรรมสรรพากร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว .....

ผู้เอาประกันภัย เพื่อคุ้มครองเงินเชื่อกับ.....

ใบรับรองเอาประกันภัยกลุ่มเลขที่.....

ขอแจ้งความประสงค์มายัง บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) ดังนี้

- ข้าพเจ้ามีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ นำส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย เป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ข้าพเจ้าไม่มีความประสงค์จะนำเบี้ยประกันภัยไปลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา และไม่ยินยอมให้บริษัทฯ แจ้งและส่งข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยตามรายการที่ กรมสรรพากรกำหนด ให้แก่กรมสรรพากร

ในการแจ้งความประสงค์นี้ เป็นไปตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 315) เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการเพื่อการยกเว้นภาษีเงินได้ สำหรับเงินได้เท่าที่ผู้มีเงินได้จ่ายเป็นเบี้ยประกันภัย สำหรับการประกันสุขภาพของผู้มีเงินได้ โดยผู้มีเงินได้ต้องแจ้งความประสงค์ที่จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อบริษัทประกันชีวิต หรือบริษัทประกันวินาศภัยที่ได้เอาประกันไว้ ทั้งนี้ สำหรับการันใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตั้งแต่ปีภาษี 2561 เป็นต้นไป

ข้าพเจ้ายินดีและรับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไข โดยการแสดงเจตนาข้างต้นให้มีผลตั้งแต่ปีภาษี 2561 เป็นต้นไป จนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรมายังบริษัทฯ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจดีแล้วว่า การลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กรมสรรพากรกำหนด

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

กรุณาระบุเลขหมายโทรศัพท์ และ อีเมล ที่อนุญาตให้บริษัทฯ ติดต่อ เพื่อนำส่งหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัย รวมทั้งรับข้อมูล/ข่าวสาร ล่าสุดเกี่ยวกับสิทธิในการนำเบี้ยประกันภัยไปลดหย่อนหรือ ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคล ได้สะดวกและรวดเร็ว

โทรศัพท์.....

อีเมล.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เอาประกันภัย

โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์ประกันภัย

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ เท่านั้น

ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

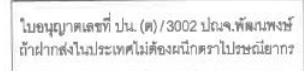
พยาน / ผู้เอาประกันภัย (กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะ)



CHUBB

ตู้ ปณ. 91  
ที่ทำการไปรษณีย์พัฒนาพงษ์  
กรุงเทพมหานคร  
10506

Chubb Life



Partnership Operations

กรุณาพับเข้าด้านใน