บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Bangkok Insurance Public Company Limited
25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888
25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

เริ่มกิจการปี พ.ศ. 2490
Established 1947
ทะเบียนเลขที่ 0107536000625
Registration No. 0107536000625

# แบบฟอร์มคำยินยอมการเปิดเผยข้อมูลและนำส่งข้อมูล การหักลดหย่อนค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพ สำหรับการหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

**สำหรับการประกันภัยสุขภาพของผู้มีเงินได้**

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย .................................................. เบอร์ติดต่อ .................................. อีเมล ..................................

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอแจ้งความประสงค์ ดังนี้

☐ **ไม่มีความประสงค์**จะใช้สิทธิ์ขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

☐ **มีความประสงค์**จะใช้สิทธิ์ขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร**ในนามของผู้เอาประกันภัย และเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย** โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด และขอให้มีผลกับกรมธรรม์ประกันภัยดังต่อไปนี้

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีสำหรับชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ที่ได้รับจากกรมสรรพากร ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร ..................................................

☐ ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่สามารถใช้สิทธิ์ลดหย่อนภาษี ซึ่งได้ทำกับบริษัทฯ

☐ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ 1. .................... 2. .................... 3. .................... 4. ....................

ข้าพเจ้าเข้าใจและรับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไข โดยการแสดงเจตนาข้างต้น**ให้มีผลตั้งแต่ปีภาษีที่ทำคำร้องนี้เป็นต้นไป** จนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรต่อบริษัทฯ

ผู้เอาประกันภัย ..................................................
( .................................................. )
วันที่ ................ / ................ / ................

**สำหรับการประกันภัยสุขภาพของบิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย .................................................. เบอร์ติดต่อ .................................. อีเมล ..................................

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย ☐ เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย ☐ เป็นคู่สมรสของบุตรชอบด้วยกฎหมาย

อัตราส่วนของเบี้ยประกันภัยที่ชำระ (ร้อยละ) .......................... กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ..................................................

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอแจ้งความประสงค์ ดังนี้

☐ **ไม่มีความประสงค์**จะใช้สิทธิ์ขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

☐ **มีความประสงค์**จะใช้สิทธิ์ขอยกเว้นภาษีเงินได้ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีสำหรับชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ที่ได้รับจากกรมสรรพากร ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร ..................................................

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้เอาประกันภัย**

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย .................................................. เบอร์ติดต่อ .................................. อีเมล ..................................

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอแจ้งความประสงค์การยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนดดังนี้ ☐ ไม่ยินยอม ☐ ยินยอม

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีสำหรับชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ที่ได้รับจากกรมสรรพากร ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร ..................................................

ข้าพเจ้าเข้าใจและรับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไข โดยการแสดงเจตนาข้างต้น**ให้มีผลตั้งแต่ปีภาษีที่ทำคำร้องนี้เป็นต้นไป** จนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรต่อบริษัทฯ

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ..................................................
( .................................................. )

ผู้เอาประกันภัย ..................................................
( .................................................. )
วันที่ ................ / ................ / ................