



9901007023

หนังสือแจ้งความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ สำหรับการประกันสุขภาพบิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

ซึ่งเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้ออเอาประกันภัย / ผู้ออเอาประกันภัย (นาย / นาง / นางสาว).....

ใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่.....

มีความประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และยินยอมให้บริษัท พยูเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) นำส่งข้อมูลของข้าพเจ้า และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ฉบับนี้ไปยังกรมสรรพากรเพื่อใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตั้งแต่ปีภาษี 2563 เป็นต้นไป ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 360) หรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย (โปรดระบุหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก หรือหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 13 หลัก ที่ได้รับจากกรมสรรพากร) (กรณีผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) กรุณาระบุหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 13 หลัก ที่ได้รับจากกรมสรรพากร)

เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของข้าพเจ้าเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมสรรพากร จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย