

เอกสารแจ้งความประสงค์การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา

วันที่

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง.....โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล..... เป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

มีความประสงค์ให้ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (นาย / นาง / นางสาว)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทางโทรศัพท์มือถือ

อีเมล ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพของข้าพเจ้าตั้งแต่

ปีภาษีนี้เป็นต้นไป โดยข้าพเจ้าและผู้ชำระเบี้ยประกันภัยยินยอมให้บริษัทนำส่งข้อมูลเบี้ยประกันสุขภาพต่อกรมสรรพากรเพื่อ

ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา สำหรับกรรมธรมดังต่อไปนี้

☐ ทุกกรรมธรม

☐ เฉพาะกรรมธรม โปรดยกเว้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

หมายเหตุ

1. บริษัทจะดำเนินการนำส่งข้อมูลต่อกรมสรรพากรตามที่ท่านได้แจ้งให้บริษัททราบครั้งสุดท้าย
2. กรณีต้องการเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ ท่านจะต้องแจ้งให้บริษัททราบภายในวันที่ 1 ธันวาคมของปีภาษีนั้นๆ
3. ข้อมูลโทรศัพท์มือถือและอีเมล ตามที่ได้ระบุมานี้ บริษัทจะนำไปปรับปรุงในฐานข้อมูลที่ท่านให้ไว้กับบริษัท เพื่อใช้ในการติดต่อแนะนำข่าวสารและ/หรือแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ
4. โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน กรณีเป็นชาวต่างชาติโปรดแนบสำเนาหนังสือเดินทางพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
5. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ศูนย์บริการข้อมูลลูกค้า โทร. 02-777-8888
6. กรุณาส่งเอกสารให้บริษัทผ่านช่องทางดังต่อไปนี้
 - ตัวแทนของท่าน หรือสำนักงานสาขาของบริษัท
 - อีเมล : csc@bangkoklife.com
 - ไปรษณีย์ : บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ฝ่ายบริหารงานกรรมธรม เลขที่ 23/115-121 ซอยศูนย์วิจัย ถนนพระราม 9 แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 - Fax: 02-777-8530