

## เอกสารแจ้งความประสงค์การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา

วันที่ .....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

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

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

มีความประสงค์ให้ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (นาย / นาง / นางสาว) .....

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

อีเมล ..... ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพของข้าพเจ้าตั้งแต่วันที่ .....

เป็นต้นไป โดยข้าพเจ้าและผู้ชำระเบี้ยประกันภัยยินยอมให้บริษัทนำส่งข้อมูลเบี้ยประกันสุขภาพต่อกรมสรรพากร เพื่อใช้สิทธิขอยกเว้น

ภาษีเงินได้สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา สำหรับกรรมวิธีดังต่อไปนี้

ทุกกรรมวิธี

เฉพาะกรรมวิธี โปรดระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

### หมายเหตุ

- บริษัทจะดำเนินการนำส่งข้อมูลต่อกรมสรรพากรตามที่ท่านได้แจ้งให้บริษัททราบครั้งล่าสุด
- กรณีต้องการเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ ท่านจะต้องแจ้งให้บริษัททราบภายในวันที่ 1 ธันวาคมของปีภาษีนั้น ๆ
- ข้อมูลโทรศัพท์มือถือและอีเมล ตามที่ได้ระบุมานี้ บริษัทจะนำไปปรับปรุงในฐานข้อมูลที่ท่านให้ไว้กับบริษัท เพื่อใช้ในการติดต่อหาเสนอข่าวสารและ/หรือแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ
- โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน กรณีเป็นชาวต่างชาติโปรดแนบสำเนาหนังสือเดินทางพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
- สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ศูนย์บริการข้อมูลลูกค้า โทร. 02-777-8888
- กรุณาส่งเอกสารให้บริษัทผ่านช่องทางดังต่อไปนี้
  - ตัวแทนของท่านหรือสำนักงานสาขาของบริษัท
  - อีเมล : [csc@bangkoklife.com](mailto:csc@bangkoklife.com)
  - ไปรษณีย์ : บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ฝ่ายบริหารงานกรมธรรม์  
เลขที่ 1415 ถนนกรุงเทพ-นนทบุรี แขวงวงศ์สว่าง เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ 10800
  - Fax : 02-777-8530