



**แบบฟอร์มขอหนังสือรับรองการลดหย่อนภาษี**

**สำหรับการประกันภัยสุขภาพ บิดา-มารดา ของผู้มีเงินได้**

**รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้ (ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 162)**

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....

กรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ หรือ กรมธรรม์ประกันภัยหมายเลข  
□□□□□□/POL/□□□□□□□□-□□□□

ทุกกรมธรรม์ประกันภัยของผู้เอาประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร □-□□□□□□-□□□□□□□□-□□□-□

ไม่ยินยอม ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

.....  
( )

ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....ความสัมพันธ์.....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากรตามเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร □-□□□□□□-□□□□□□□□-□□□-□

ไม่มีความประสงค์ ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

.....  
( )

หมายเหตุ เอกสารที่ต้องประกอบการนำส่ง

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย