



**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

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอแจ้งความประสงค์ดังนี้

☐ ไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

☐ มีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรในนามของผู้เอาประกันภัย และเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด และขอให้หักลดหย่อนภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขประจำตัวเสียภาษี

เลขประจำตัวเสียภาษีสำหรับชาวต่างชาติ(Non-Thai Resident) ที่ได้รับจากกรมสรรพากร ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

☐ ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่สามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษีซึ่งได้ทำกับบริษัทฯ

☐ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1.

2.

3.

4.

ข้าพเจ้าเข้าใจและรับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไข โดยการแสดงเจตนาข้างต้นให้มีผลตั้งแต่ปีภาษีที่ทำคำร้องนี้และปีถัดไปจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรต่อบริษัท

ผู้เอาประกันภัย

( )

วันที่

/ /

สำหรับการประกันภัยสุขภาพของบิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

เบอร์ติดต่อ

อีเมล

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย ☐ เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย ☐ เป็นคู่สมรสของบุตรชอบด้วยกฎหมาย

อัตราส่วนของเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (ร้อยละ) กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอแจ้งความประสงค์ดังนี้

☐ ไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

☐ มีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขประจำตัวเสียภาษี

เลขประจำตัวเสียภาษีสำหรับชาวต่างชาติ(Non-Thai Resident) ที่ได้รับจากกรมสรรพากร ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย

เบอร์ติดต่อ

อีเมล

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอแจ้งความประสงค์การยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนดดังนี้ ☐ ไม่ยินยอม ☐ ยินยอม

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขประจำตัวเสียภาษี

เลขประจำตัวเสียภาษีสำหรับชาวต่างชาติ(Non-Thai Resident) ที่ได้รับจากกรมสรรพากร ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ข้าพเจ้าเข้าใจและรับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไข โดยการแสดงเจตนาข้างต้นให้มีผลตั้งแต่ปีภาษีที่ทำคำร้องนี้และปีถัดไปจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรต่อบริษัท

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

( )

ผู้เอาประกันภัย

( )

วันที่

/ /