

**แบบฟอร์มคำยินยอมการเปิดเผยข้อมูลและนำส่งข้อมูล  
การหักลดหย่อนค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพ สำหรับการหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา**

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant Name) .....
เลขประจำตัวประชาชน (Citizen ID) <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
เลขที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับเดิมกับบริษัทฯ (ถ้ามี)..... (Previous Insurance Policy No. , if any)
เอกสารนี้ให้ใช้สำหรับปีภาษี (For Tax Year)..... <input type="checkbox"/> เท่านั้น (only) <input type="checkbox"/> เป็นต้นไป (onwards)

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Would you like to claim for personal income tax deduction with this health insurance premium?

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department: .....

.....

( )

ผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่.....

กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้คืนมาที่ส่วนบริการการตลาดฯ ทางโทรสาร 0 2246 9558, Line ID: @thaipaiboon หรือ Email: agency@thaipaiboon.com