



บริษัท กรุงเทพ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามยา 9 ชั้น 1, 20-27

ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159

ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

# ใบคำขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา

เพื่อใช้ลดหย่อนภาษีตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร (ฉบับที่ 162)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายขายของบริษัท ฯ

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

กรมธรรม์เลขที่

ชื่อตัวแทน

รหัสตัวแทน

หน่วย/ภาค  สาขา

โทรศัพท์

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้น มีความประสงค์ที่จะขอให้บริษัท กรุงเทพ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการออกหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดาตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร (ฉบับที่ 162) ตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้ให้คำรับรองไว้ในใบคำขอ ฯ ฉบับนี้ ดังนี้

1. ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ดังกล่าว

2. บุคคลผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเพื่อทำประกันสุขภาพ หรือ กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล ให้ข้าพเจ้า มีรายชื่อและความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า ดังนี้

ชื่อ  นามสกุล

ความสัมพันธ์  เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย  เป็นคู่สมรสของบุตรชอบด้วยกฎหมาย ของข้าพเจ้า

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่

เบอร์มือถือ  อีเมล

3. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัท ฯ ดำเนินการออกหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพโดยใช้ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ตามใบคำขอ ฯ นี้ สำหรับการขอหนังสือรับรอง ฯ ในปีภาษี 25  และปีต่อ ๆ ไปจนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้งความประสงค์ใหม่

4. ผู้เอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประสงค์จะใช้สิทธิ์ขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุหมายเลขใบอนุญาตทำงาน

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความที่ระบุในใบคำขอ ฯ ฉบับนี้ เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วว่าในกรณีที่มีผู้ชำระเบี้ยมากกว่า 1 คน บริษัท กรุงเทพ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จะออกหนังสือรับรอง ฯ โดยแสดง จำนวนเงินเบี้ยประกันภัยตามที่ระบุไว้ข้างต้น หากมิได้ระบุไว้ บริษัท ฯ จะแสดงจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยโดยหารเท่าตามจำนวนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้าพเจ้ายินยอมที่จะชดเชยความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นกับบริษัท ฯ อันเนื่องมาจากการดำเนินการตามคำขอนี้ รวมทั้งสละสิทธิเรียกร้องประการใด ๆ ที่มีต่อบริษัท ฯ อันเนื่องมาจากการดำเนินการของบริษัท ฯ ภายใต้อำนาจฉบับนี้

(  )

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัท ฯ

(  )

ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

เอกสารสำหรับยื่นขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา

1. ใบคำขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา (ฉบับมีกฎหมาย 2563) จำนวน 1 ใบ

2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ชำระเบี้ยประกัน จำนวน 1 ใบ

3. สำเนาบัตรประชาชนผู้ชำระเบี้ยประกัน จำนวน 1 ใบ

**หมายเหตุ** เจือเงินแบบประกันภัยที่สามารถนำไปลดหย่อนภาษีอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรหรือกฎหมายอื่นที่มีผลบังคับในอนาคต

เบี้ยประกันภัยสุขภาพดังต่อไปนี้สามารถลดหย่อนภาษีเงินได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 162) ให้หมายถึง

1. การประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอันเกิดจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ การชดเชยการทุพพลภาพ และการสูญเสียอวัยวะ เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บได้แก่

1.1 สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองรักษาพยาบาลพิเศษ (MEA+)

1.2 แผนประกันสุขภาพ iHealthy, Flexi Health

1.3 สัญญาเพิ่มเติมการประกันอุบัติเหตุคุ้มครองการเสียชีวิต และสูญเสียอวัยวะ (AP)

2. การประกันภัยอุบัติเหตุ เฉพาะที่ให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การทุพพลภาพ การสูญเสียอวัยวะ และการแตกหักของกระดูก ได้แก่

2.1 สัญญาเพิ่มเติมการประกันอุบัติเหตุคุ้มครองการเสียชีวิต และสูญเสียอวัยวะ และคุ้มครองรักษาพยาบาล (ECARE)

2.2 การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA) (เฉพาะเบี้ยสุขภาพ)

3. การประกันภัยโรคร้ายแรง ได้แก่

3.1 สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรง (DCI)

3.2 สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคมะเร็ง (Cancer Solution)

3.3 แบบประกันคุ้มครองโรคร้ายแรง iCare (ESCI)

3.4 แบบประกันชีวิต และโรคร้ายแรงตลอดชีพ iShield