

หนังสือแจ้งความประสงค์การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้
สำหรับการประกันสุขภาพบิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....ซึ่งเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้แก่

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....

ใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่.....

มีความประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้และยินยอมให้บริษัท พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”)

นำส่งข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ฉบับนี้ไปยังสรรพากรเพื่อใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตั้งแต่ปีภาษี 2563 เป็นต้น

ไป ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 360) หรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย (โปรดระบุเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก หรือเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 13 หลัก ที่ได้รับจากกรมสรรพากร) (กรณีผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) กรุณาระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 13 หลัก ที่ได้รับจากกรมสรรพากร)

เลขที่ - - - -

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของข้าพเจ้าเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมสรรพากร จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

