

เรื่อง การแจ้งความประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ สำหรับการประกันสุขภาพบิดามารดา

เรียน ท่านผู้ขอเอาประกันภัย

บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 360) เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อการยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเงินได้เท่าที่ผู้มีเงินได้จ่ายเป็นเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันสุขภาพบิดามารดาของผู้มีเงินได้ กำหนดยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเงินได้เท่าที่ผู้มีเงินได้จ่ายเป็นเบี้ยประกันภัยในปีภาษี ตามจำนวนเงินที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาท รวมทั้งกำหนดให้ผู้มีเงินได้ต้องแจ้งความประสงค์ที่จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อบริษัทประกันภัยที่ท่านทำประกันภัยไว้

หากท่านมีความประสงค์เกี่ยวกับการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ดังกล่าวอย่างไร กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ด้านล่างนี้ และส่งกลับ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) หน่วยงาน ศูนย์บริการลูกค้าชับบ์สามัคคีประกันภัย อีเมล cstax.th@chubb.com

แบบฟอร์มคำยินยอมการเปิดเผยข้อมูลและนำส่งข้อมูล
การหักลดหย่อนค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพบิดามารดา สำหรับการหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant Name).....
เลขประจำตัวประชาชน (Citizen ID) □-□□□□-□□□□□□-□□-□
เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Mobile no.) E-mail Address:
เลขที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับเดิมกับบริษัทฯ (ถ้ามี) (Previous Insurance Policy No., if any).....
เอกสารนี้ให้ใช้สำหรับปีภาษี (For Tax Year)..... เท่านั้น (only) เป็นต้นไป (onwards)

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Would you like to permit the insurer to send and reveal the information to claim for personal income tax deduction of the payor with this health insurance premium?

- ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอ ยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
(Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium for the payor to the Revenue Department.
Please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department:)
- ไม่มีความประสงค์ (No)

.....
()
ผู้ขอเอาประกันภัย
วันที่ (Date).....

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (Payor name).....
เลขประจำตัวประชาชน (Citizen ID) □-□□□□-□□□□□-□□-□
เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Mobile no.) E-mail Address:
เลขที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับเดิมกับบริษัทฯ (ถ้ามี) (Previous Insurance Policy No., if any).....
เอกสารนี้ให้ใช้สำหรับปีภาษี (For Tax Year)..... เท่านั้น (only) เป็นต้นไป (onwards)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

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

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

(Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. Please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department:)

ไม่มีความประสงค์ (No)

.....
()
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
วันที่ (Date).....

หมายเหตุ
กรณีที่ท่านไม่ได้แจ้งความประสงค์ บริษัทจะถือว่าท่านไม่ให้ความยินยอมในการนำส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร
จะมีผลทำให้ท่านจะไม่สามารถนำเบี้ยประกันภัยดังกล่าวไปใช้สิทธิขอลดหย่อนยกเว้นภาษีได้