Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited
898 Ploenchit Tower, Ploenchit Road, Khwang Lumpini,
Khet Pathumwan, Bangkok 10330
Tel. +66 2677 0000 Fax. +66 2230 6500

แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้
สำหรับการประกันสุขภาพบิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้

ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 360 บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ต้องนำส่งและเปิดเผยข้อมูลเบี้ยประกันภัยสุขภาพสำหรับบิดามารดาของผู้มีเงินได้ และบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้ต่อกรมสรรพากรทางอิเล็คโทรนิคส์ ตามที่บริษัทได้รับแจ้งความประสงค์จากผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เพื่อเป็นการรักษาสิทธิของท่านในการใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้ส่วนบุคคลด้วยค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพสำหรับปีภาษี 2568 เป็นต้นไป กรุณาแจ้งความประสงค์ของท่านโดยกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มฉบับนี้

ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยยินยอมให้บริษัทนำส่ง และเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยตามที่ระบุด้านล่างนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดหรือไม่

ผู้ขอเอาประกันภัย (สำหรับบริษัท - หมายเลขกรมธรรม์ 5.....)
ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....
เบอร์มือถือ.....อีเมล.....
( ) ยินยอม โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....
( ) ไม่ยินยอม
ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....วันที่.....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย 1 (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์ทุกช่อง)
ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....
เบอร์มือถือ.....อีเมล.....
ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ขอเอาประกันภัย.....สัดส่วนการชำระค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพ.....เปอร์เซนต์
( ) ยินยอม โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....
( ) ไม่ยินยอม
ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย 1.....วันที่.....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย 2 (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์ทุกช่อง)
ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....
เบอร์มือถือ.....อีเมล.....
ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ขอเอาประกันภัย.....สัดส่วนการชำระค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพ.....เปอร์เซนต์
( ) ยินยอม โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....
( ) ไม่ยินยอม
ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย 2.....วันที่.....

หมายเหตุ

1. ในกรณีที่ท่านใช้สิทธิยื่นขอหักลดหย่อนภาษีแล้ว หากผู้ขอเอาประกันกันภัยยกเลิกกรมธรรม์ หรือมีการขอแก้ไข เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกรมธรรม์ ประกันภัยซึ่งมีผลต่อจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ได้ยื่นขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีไปแล้ว ท่านมีหน้าที่ต้องยื่นแสดงรายการภาษีเพิ่มเติม เพื่อแจ้งแก้ไขปรับปรุงภาษีเงินได้ของท่านกับกรมสรรพากรให้ ครบถ้วนและถูกต้อง
2. ท่านสามารถแจ้งความประสงค์ ของท่านได้ภายในวันที่ 31 ธันวาคม ของทุกปี
3. ในการนำส่งและเปิดเผยข้อมูลเบี้ยประกันภัยสุขภาพต่อกรมสรรพากรตั้งแต่ปีภาษี 2568 เป็ นต้นไปนั้น บริษัทจะ ยึดการแสดงความประสงค์ในเอกสารฉบับนี้ รวมทั้งการแสดงเจตนาของท่านผ่านช่องทางอื่น ๆ ของบริษัท จนกว่าท่านจะมีการแจ้งการเปลี่ยนแปลง

บริษัทฯ จะทำการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อดำเนินการดังกล่าว โดยสามารถศึกษา "คำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของอลิอันซ์ อยุธยา" ได้ที่
https://www.allianz.co.th/th TH/privacy-for-aagi/privacy-notice.html หรือ QR Code ด้านล่าง / The company will collect, use, or disclose your personal information
for such purposes. You can review the "Allianz Ayudhya Privacy Notice" here https://www.allianz.co.th/th TH/privacy-for-aagi/privacy-notice.html or QR Code as below.