

**หนังสือแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต**

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ..... ผู้เอาประกันภัย

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่  -  -  -  -

Foreigner Only (เฉพาะชาวต่างชาติ) Taxpayer Identification No.  -  -  -  -   
(กรณีผู้เอาประกันเป็นคนต่างชาติจะต้องใช้ เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรของผู้เอาประกัน 13 หลักเท่านั้น )

โทรศัพท์มือถือ..... Email Address.....

กรมธรรม์เลขที่.....

ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน ยินยอมให้บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับ เบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร ของกรมธรรม์เลขที่ข้างต้น ต่อบริษัทฯ ดังนี้

(ทำเครื่องหมาย  ลงใน  ที่ท่านเลือก)

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ ต่อกรมสรรพากร ตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ระบุข้างต้น โปรดดำเนินการภายในวันที่ 1 ธันวาคม ของปีภาษี

ไม่มีความประสงค์

การไม่แจ้งความประสงค์ที่จะใช้สิทธิต่อบริษัท หรือการเพิกเฉยไม่แจ้งมีความประสงค์ อาจทำให้ท่านไม่สามารถหักค่าลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามข้อกำหนดของกรมสรรพากร

\*สิทธิการลดหย่อนภาษีขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของกรมสรรพากร

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย  
(.....)

**ช่องทางจัดส่งเอกสาร ที่ท่านสะดวก ดังนี้**

1. ส่งผ่านตัวแทนที่ให้บริการท่าน หรือสาขาของบริษัทฯ ใกล้บ้านท่าน
2. ทางอีเมลที่ [phillipcare@philliplife.com](mailto:phillipcare@philliplife.com)
3. ทาง Line : @phillipcare (ท่านจะต้องเพิ่ม @phillipcare เป็นเพื่อนท่านก่อน)
4. ทางโทรสาร 02-022-5810 หรือส่งทางไปรษณีย์ ถึง ฝ่ายบริการผู้ถือกรมธรรม์ ตามที่อยู่ของบริษัทฯ ที่ด้านบนของเอกสารนี้