

คำร้องขอโอนเอกสิทธิกรมธรรม์  
และแจ้งความประสงค์ยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพบิดา/มารดา

วันที่...../...../.....

เขียนที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ในฐานะผู้เอาประกันภัย  
กรมธรรม์เลขที่.....ขอโอนเอกสิทธิตามกรมธรรม์ฉบับนี้ พร้อมทั้งสิทธิประโยชน์และการเรียกร้องใดๆ  
ที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ให้แก่ นาย/นาง/นางสาว.....  
เป็นผู้รับโอนเอกสิทธิตามกรมธรรม์ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น.....ของข้าพเจ้า

รวมทั้งขอรับรองและยืนยันว่า

1. ผู้รับโอนเอกสิทธิตามกรมธรรม์ที่ระบุข้างต้น เป็นผู้ที่รับผิดชอบในการชำระเบี้ยประกันภัย ของกรมธรรม์เลขที่ข้างต้น
2. ปัจจุบันข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่มีเงินได้พึงประเมินต่อปี ไม่เกิน 30,000 บาท (ตามเงื่อนไขในประกาศอธิบดีกรมสรรพากร ฉบับที่ 162)

พร้อมนี้ข้าพเจ้า และผู้รับโอนเอกสิทธิตามกรมธรรม์ฉบับนี้ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผย  
ข้อมูลเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

ทั้งนี้ การขอให้ บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) ดำเนินการตามข้างต้น หากปรากฏภายหลังว่า เป็นการดำเนินการ  
ที่มีชอบ หรือขัดต่อกฎหมาย ข้าพเจ้าและผู้รับโอนเอกสิทธิตามกรมธรรม์ จะเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลเสียหายทั้งปวงที่เกิดขึ้นเอง จึงลง  
นามไว้เป็นหลักฐานในท้ายคำร้องฉบับนี้

ผู้รับโอนเอกสิทธิตามกรมธรรม์  
ในฐานะผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้โอนเอกสิทธิตามกรมธรรม์  
ในฐานะผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

( )

ตัวบรรจง

บัตรประชาชนเลขที่

□ - □□□□ - □□□□□□ - □□ - □

ออกโดย.....

วันออกบัตร.....

วันหมดอายุ.....

ที่อยู่ตามบัตร.....

.....

ลงชื่อ.....

( )

ตัวบรรจง

บัตรประชาชนเลขที่

□ - □□□□ - □□□□□□ - □□ - □

ออกโดย.....

วันออกบัตร.....

วันหมดอายุ.....

ที่อยู่ตามบัตร.....

.....

สำหรับบริษัทฯ เท่านั้น

คำร้องนี้จะต้องแนบเอกสารเหล่านี้มาด้วย

1. กรมธรรม์ประกันชีวิต ฉบับเลขที่ข้างต้น
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้โอนและผู้รับโอนเอกสิทธิ
3. ทะเบียนบ้านของผู้รับโอนเอกสิทธิ
4. กรณีเป็นบิดา/มารดาคู่สมรส ต้องแนบสำเนาทะเบียนสมรส และสำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรสมาด้วย