

หนังสือแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต

วันที่...../...../.....

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

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ----

Foreigner Only (เฉพาะชาวต่างชาติ) Taxpayer Identification No. ----

(กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติจะต้องใช้ เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรของเอาประกันภัย 13 หลักเท่านั้น)

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน ยินยอมให้บริษัทฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับ
เบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายด้วยภาษีอากร ของกรมธรรม์เลขที่ข้างต้น ต่อบริษัทฯ ดังนี้
(ทำเครื่องหมาย ลงใน ที่ท่านเลือก)

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ ต่อกรมสรรพากร
ตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ระบุข้างต้น โปรดดำเนินการภายในวันที่ 1 ธันวาคม ของปีภาษี

ไม่มีมีความประสงค์

การไม่แจ้งความประสงค์ที่จะใช้สิทธิต่อบริษัท หรือเพิกเฉยไม่แจ้งมีความประสงค์ อาจทำให้ท่านไม่สามารถหักค่าลดหย่อนภาษีเงินได้
บุคคลธรรมดา ตามข้อกำหนดกรมสรรพากร

*สิทธิการลดหย่อนภาษีขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของกรมสรรพากร

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

ช่องทางการส่งเอกสาร

Line ID : @philliplife หรือ E-mail: PLA-POS@philliplife.com

