



บริษัท บางกอกสหประกันภัย จำกัด (มหาชน)

BANGKOK UNION INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

175-177 อาคารบางกอกสหประกันภัย ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร. 0-2233-6920, 0-2238-4111 โทรสาร 0-2337-1856

175-177 Bangkok Union Insurance Bldg., Surawongse Rd, Bangrak, Bangkok 10500 Tel. 0-233-6920, 0-5568-4111 Fax. 0-2337-1856

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร : 010 753 700 2044

แบบฟอร์มคำยินยอมการเปิดเผยข้อมูลและนำส่งข้อมูล

การนำค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

ชื่อผู้เอาประกันภัย (Applicant Name) :	
โปรดระบุ ---> ( ) นาย MR. ( ) นส. Ms. ( ) นาง Mrs.	
เลขประจำตัวประชาชน (Citizen ID) :	หนังสือเดินทางเลขที่ (สำหรับบุคคลต่างด้าว) (Passport No.) :
เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย (Insurance Policy No.) :	
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (Mobile No.) :	E-Mail Address :

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ (โปรดระบุ)

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



ไม่มีความประสงค์ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

No, I am not claim for personal income tax deduction with this health insurance premium



มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์

วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากสรรพากร เลขที่ :

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department.

If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department :

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทส่ง และเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยที่ข้าพเจ้าเข้าหลักเกณฑ์การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามที่กรมสรรพากรประกาศกำหนด ที่ข้าพเจ้าได้ทำไว้กับบริษัท ณ ปัจจุบัน หรือที่เกิดขึ้นในอนาคต เว้นแต่ข้าพเจ้าจะแสดงความประสงค์เปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่น เพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

In this regards, I agree that the company may sent and revealed my information only the existing or may be in the future policy in accordance to principle of tax deduction regulator of which rule by notification of Revenue Department Unless any other changed, I will declared accordingly.

.....

( )

ผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant Name

วันที่ / Date \_\_\_\_\_

หมายเหตุ:

- เงื่อนไขการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษี
  - กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพ และกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ (เฉพาะค่ารักษาพยาบาล)
  - ผู้เอาประกันภัยชื้อกรมธรรม์ให้ตนเอง และ ชื้อกรมธรรม์ให้บิดา-มารดา (บิดา-มารดา ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และต้องเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ (หากผู้เอาประกันภัยให้ตนเอง และบิดา-มารดา ต้องลงนามในหนังสือยินยอมฯ 2 ฉบับ)
- เพื่อประโยชน์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ฯ กรุณาส่งกรอกข้อความพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และส่งคืนตัวแทน / โบรกเกอร์ หรือที่ E-mail : underwrite4@bui.co.th (กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง)
- กรณีไม่ลงนามในแบบฟอร์มคำยินยอมการเปิดเผยข้อมูล ท่านจะไม่สามารถขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 315 พ.ศ. 2560)
- หากมีข้อสงสัยประการใด โปรดติดต่อแผนกรับประกันภัยเบ็ดเตล็ด โทร. 02-233-6920 ต่อ 439, 403, 433