

หนังสือให้ความยินยอมแจ้งและส่งข้อมูลเบี้ยประกันภัย
(สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

คำนำหน้า _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
เพศ _____ เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประชาชน ต่างดำ หนังสือเดินทาง อื่นๆ ระบุ _____
เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขต หรืออำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____
เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____ วัน เดือน ปีเกิด ของผู้ชำระเบี้ย _____
อาชีพ พนักงานบริษัท ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ เจ้าของธุรกิจ เกษตรกร ค้าขาย อื่นๆ ระบุ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท
ที่อยู่ปัจจุบัน ของผู้ชำระเบี้ย (ที่อยู่จัดส่งเอกสาร/ใช้ติดต่อ) _____
บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ ตรอก/ซอย _____
ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ อีเมลล์ _____
เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของผู้เอาประกันภัย (ระบุชื่อผู้เอาประกันภัย) _____
เลขที่กรมธรรม์ 1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร อื่นๆ _____

ขอแจ้งความประสงค์มายังบริษัท ไทยสมุณประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดังนี้ (โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน ข้อที่เลือก)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะนำเบี้ยประกันภัย ไปลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา และตกลงยินยอมให้บริษัท ไทยสมุณประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) แจ้งและส่งข้อมูลเบี้ยประกันภัยตามรายการที่กรมสรรพากรกำหนดให้แก่กรมสรรพากรได้ สำหรับชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ที่ประสงค์จะนำเบี้ยประกันภัยไปลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะนำเบี้ยประกันภัยไปลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา และไม่ยินยอมให้บริษัทไทยสมุณประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) แจ้งและส่งข้อมูลเบี้ยประกันภัยตามรายการที่กรมสรรพากรกำหนดให้แก่กรมสรรพากร

ทั้งนี้ ตั้งแต่ปีภาษี 2563 เป็นต้นไป จนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรมายังบริษัทฯ โดยข้าพเจ้าทราบและเข้าใจดีแล้วว่าการลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กรมสรรพากรกำหนด

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัท ไทยสมุณประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บ รวบรวม ใช้ ข้อมูลของข้าพเจ้าที่ให้ไว้ในหนังสือฉบับนี้ รวมถึงเปิดเผยต่อกรมสรรพากรหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดำเนินการตามหนังสือฉบับนี้

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งการนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ _____ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(_____)

_____ / _____ / _____

ข้าพเจ้าผู้เอาประกันภัยรับทราบและขอรับรองว่า ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่ดังกล่าวข้างต้นจริง

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย

(_____)

กรุณานำส่งเอกสารฉบับนี้ให้บริษัท ภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของปีภาษีนั้นๆ ได้ที่ :

1. สาขาไทยสมุณทั่วประเทศ
2. E-mail : contactcenter@ocean.co.th
3. โทรสาร : 0 2207 8822

หากท่านไม่แจ้งความประสงค์มายังบริษัทภายในกำหนดดังกล่าว อาจทำให้ท่านไม่สามารถใช้สิทธิอ้างอิงการลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาตามข้อกำหนดของกรมสรรพากร