

แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ใช้สิทธิ ยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับค่าเบี้ยประกันสุขภาพ
Request Form for Income Tax Exemption on Health Insurance Premium

ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว) Insured Name (Mr/Mrs/Miss)		โทรศัพท์ติดต่อ Tel.	
เลขประจำตัวประชาชน หรือ เลขที่หนังสือเดินทาง ID Number or Passport Number			
เลขประจำตัวเสียภาษี TAX ID Number			
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ Insurance Policy No.			

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร 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

ไม่มีความประสงค์ / No

ลงนาม (Signature)

()

ลงวันที่/...../.....

Date/...../.....

ช่องทางในการจัดส่งเอกสาร / Document Delivery Channel

() ที่อยู่ (Address)

.....

() อีเมล (Email)



OUR CONTACT
INFORMATION

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21
ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Pacific Cross Health Insurance PCL
152 Chartered Square Building 21st Floor,
Room 21-01, North Sathorn Road, Silom,
Bangrak, Bangkok 10500

Tax Number: 0107556000086
Tel: +662 401 9189
Fax: +662 401 9187
www.PacificCrossHealth.com