



คำขอแสดงความประสงค์ใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษีเบี้ยประกันสุขภาพ

บิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามี/ภริยาผู้มีเงินได้

วันที่.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
เลขประจำตัวประชาชน - - - เบอร์โทร..... Email.....

มีความประสงค์ใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษีเบี้ยประกันสุขภาพ ในปีภาษี 25.....

โดยข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นบิดา หรือมารดาโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีเงินได้ หรือเป็นบิดามารดาของสามี/ภริยาผู้มีเงินได้ ที่ระบุชื่อไว้ ดังนี้

(1) ชื่อผู้มีเงินได้เลขประจำตัวประชาชน - - -

ความสัมพันธ์ เบอร์โทร..... Email.....

(2) ชื่อผู้มีเงินได้เลขประจำตัวประชาชน - - -

ความสัมพันธ์ เบอร์โทร..... Email.....

(3) ชื่อผู้มีเงินได้เลขประจำตัวประชาชน - - -

ความสัมพันธ์ เบอร์โทร..... Email.....

ส่วนของผู้เอาประกัน ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบคำขอฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ และเพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อซึ่งเป็นลายมือชื่อเหมือน ที่ให้กับบริษัทในการทำประกันชีวิตกรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้น และหากบริษัทออกหนังสือรับรองตามความประสงค์ข้าพเจ้าแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชดเชยความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นกับบริษัทอันเนื่องมาจากการดำเนินการตามคำขอนี้ รวมทั้งละสิทธิเรียกร้องประการใดๆ ที่มีต่อบริษัทอันเนื่องจากการ ดำเนินการของบริษัทภายใต้คำขอฉบับนี้

ลงชื่อ

ผู้เอาประกันภัย(กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับที่ให้กับบริษัท)

ส่วนของผู้มีเงินได้ (กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ) ผู้มีเงินได้ยินยอมเปิดเผยข้อมูลข้างต้นต่อบริษัทและรับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการใช้งานตลอดจนสิทธิต่างๆ ของเจ้าของข้อมูลตามนโยบายข้อมูลส่วนบุคคล ของบริษัทแล้ว และยินยอมให้บริษัท เอไอเอ จำกัด ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร พร้อมบันทึกเลขที่ประจำตัวประชาชนสำหรับใช้ประกอบในการส่งข้อมูลให้กรมสรรพากร เพื่อเป็นหลักฐาน ผู้ชำระเบี้ยทุกท่านจึงได้ลงลายมือชื่อ ดังต่อไปนี้

(1)..... (2)..... (3).....

ลงชื่อผู้มีเงินได้ (1)

ลงชื่อผู้มีเงินได้ (2)

ลงชื่อผู้มีเงินได้ (3)

*** หลังจากบริษัทได้บันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ทุกท่านจะได้รับข้อความยืนยันทางโทรศัพท์ที่ไว้ในแบบฟอร์มนี้ ซึ่งผู้เอาประกันสามารถดาวน์โหลดหนังสือรับรองเบี้ยสุขภาพบิดามารดาให้ผู้มีเงินได้ผ่านช่องทางตาม QR code ด้านล่าง**

ข้อตกลงเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทสามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในเอกสารฉบับนี้ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ทั้งหมด เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับเงินให้กับบริษัท การรับเงินจากบริษัท และการอื่นใดที่เกี่ยวข้อง รวมถึงยินยอมให้บริษัทส่งหรือโอนข้อมูลแก่ตัวแทน นายหน้า หรือผู้ให้บริการซึ่งเป็นคู่สัญญาฝ่ายที่สาม เพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์เดียวกันข้างต้น ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น และจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวต่อไปอีก 11 ปีนับแต่สิ้นสุดการดำเนินการดังกล่าว เว้นแต่มีกฎหมายกำหนดหน้าที่ไว้เป็นอย่างอื่น และทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอให้โอนข้อมูล ขอให้แก้ไข ขอให้ลบ ทำลาย ขอคัดค้าน หรือ ขอระงับใช้ข้อมูลส่วนบุคคลได้เท่าที่กฎหมายกำหนด และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนต่อคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้าพเจ้าสามารถศึกษา นโยบายข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ของบริษัทตามลิงค์ดังต่อไปนี้ www.aia.co.th/privacy และสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือ ร้องขอใช้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนด ได้ที่เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท (DPO) ผ่านอีเมลคอลเซ็นเตอร์ โทร 1581 หรืออีเมลมาที่ th.privacy@aia.com หรือติดต่อตามที่อยู่ที่ บริษัท เอไอเอ จำกัด 181 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

ช่องทางการส่งหนังสือยินยอมแสดงความประสงค์ใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษีมายังบริษัท

- ทางอีเมล th.taxconsent@aia.com
- บริษัท เอไอเอ จำกัด (ส่วนงานรับเอกสาร) 181 ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500

ข้อควรทราบ

- บริษัทจะส่งข้อมูลเบี้ยประกันสุขภาพให้กรมสรรพากรตามจำนวนที่ได้รับชำระในปีภาษี
- กรณีกรมธรรม์ได้รับชำระเบี้ยจากการกู้ยืมอัตโนมัติ สามารถนำไปใช้สิทธิลดหย่อนภาษีได้ โดยวันที่รับชำระให้ใช้ “วันที่ครบกำหนดชำระ” เบี้ยของงวดชำนั้น ถึงแม้ว่ากรมธรรม์ดังกล่าวจะยังไม่ได้รับการคืนเงินกู้ก็ตาม
- ผู้เอาประกันสามารถใช้ QR code ดาวน์โหลดหนังสือรับรองได้ด้วยตนเองดังนี้



P14700