



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามยา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพหลโยธิน 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376
www.krungthai-axa.co.th

ใบคำขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ย ประกันสุขภาพบิดามารดา

เพื่อใช้ลดหย่อนภาษีตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร (ฉบับที่ 162)

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย	ชื่อตัวแทน
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	รหัสตัวแทน
กรมธรรม์เลขที่	หน่วย/ภาค สาขา
	โทรศัพท์

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายขายของบริษัทฯ

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้น มีความประสงค์ที่จะขอให้ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการออกหนังสือ
รับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดาตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร (ฉบับที่ 162) ตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้ให้คำรับรองไว้ในใบคำขอ ฯ ฉบับนี้ ดังนี้

- ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ดังกล่าว
- บุคคลผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเพื่อทำประกันสุขภาพ หรือ กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล ให้ข้าพเจ้า มีรายชื่อ
และความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า ดังนี้
ชื่อ นามสกุล
ความสัมพันธ์ ☐ เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย ☐ เป็นคู่สมรสของบุตรชอบด้วยกฎหมาย ของข้าพเจ้า
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
ที่อยู่
เบอร์มือถือ อีเมล
3. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัท ฯ ดำเนินการออกหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพโดยใช้ข้อมูลผู้ชำระ
เบี้ยที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ตามใบคำขอ ฯ นี้ สำหรับการขอหนังสือรับรอง ฯ ในปีภาษี 25 และปีต่อ ๆ ไปจนกว่า
ข้าพเจ้าจะแจ้งความประสงค์ใหม่
- ผู้เอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประสงค์จะใช้สิทธิ์ขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร
ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai
Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุหมายเลขใบอนุญาต
ทำงาน
☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความที่ระบุในใบคำขอ ฯ ฉบับนี้ เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเข้าใจเป็น
อย่างดีแล้วว่า ในกรณีที่มิได้ผู้ชำระเบี้ยมากกว่า 1 คน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จะออก
หนังสือรับรอง ฯ โดยแสดง จำนวนเงินเบี้ยประกันภัยตามที่ระบุไว้ข้างต้น หากมิได้ระบุไว้ บริษัท ฯ จะแสดงจำนวนเงิน
เบี้ยประกันภัยโดยหารเท่าตามจำนวนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้าพเจ้ายินยอมที่จะชดเชยความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้น
หรืออาจจะเกิดขึ้นกับบริษัท ฯ อันเนื่องมาจากการดำเนินการตามคำขอนี้ รวมทั้งสละสิทธิเรียกร้องประการใด ๆ ที่มีต่อ
บริษัท ฯ อันเนื่องจากการดำเนินการของบริษัท ฯ ภายใต้คำขอฉบับนี้

()

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัทฯ

()

ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

เอกสารสำหรับยื่นขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา

- ใบคำขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา จำนวน 1 ใบ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ชำระเบี้ยประกัน จำนวน 1 ใบ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ชำระเบี้ยประกัน จำนวน 1 ใบ

หมายเหตุ เงื่อนไขแบบประกันภัยที่สามารถนำไปลดหย่อนภาษีอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรหรือกฎหมายอื่นที่มีผลบังคับในอนาคต

เบี้ยประกันภัยสุขภาพดังต่อไปนี้สามารถ
ลดหย่อนภาษีเงินได้ตามประกาศอธิบดีกรม
สรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 162) ให้
หมายถึง

- การประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับการ
รักษาพยาบาลอันเกิดจากการเจ็บป่วย
และการบาดเจ็บ การชดเชยการทุพพลภาพ
และการสูญเสียอวัยวะ เนื่องจากการเจ็บป่วย
หรือบาดเจ็บได้แก่
 - 1.1 สัญญาเพิ่มเติมการรักษาพยาบาลพิเศษ
(MEA+)
 - 1.2 แผนประกันสุขภาพ iHealthy, Flexi
Health
 - 1.3 สัญญาเพิ่มเติมการประกันอุบัติเหตุ
คุ้มครองการเสียชีวิต และสูญเสียอวัยวะ
(AP)
- การประกันภัยอุบัติเหตุ เฉพาะที่ให้ความ
คุ้มครองเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การ
ทุพพลภาพ การสูญเสียอวัยวะ และการ
แตกหักของกระดูก ได้แก่
 - 2.1 สัญญาเพิ่มเติมการประกันอุบัติเหตุ
คุ้มครองการเสียชีวิต และสูญเสียอวัยวะ
และค่ารักษาพยาบาล (ECARE)
 - 2.2 การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)
(เฉพาะเบี้ยสุขภาพ)
- การประกันภัยโรคร้ายแรง ได้แก่
 - 3.1 สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรง
(DCI)
 - 3.2 สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคมะเร็ง
(Cancer Solution)
 - 3.3 แบบประกันคุ้มครองโรคร้ายแรง
iCare (ESCI)
 - 3.4 แบบประกันชีวิต และโรคร้ายแรง
ตลอดชีพ iShield

