บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 6 อาคารโอเนสทาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6
แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
fwd.co.th

แบบฟอร์มการแจ้งความประสงค์ใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบิดา-มารดา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามที่กรมสรรพากรได้ออกประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 360) เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อการยกเว้นภาษีเงินได้เท่าที่ผู้มีเงินได้จ่ายเป็นเบี้ยประกันภัย สำหรับการประกันสุขภาพบิดามารดาของผู้มีเงินได้จะต้องแจ้งความประสงค์ที่จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อบริษัทประกันชีวิต ตั้งแต่ปีภาษี 2563 เป็นต้นไป

ดังนั้น หากท่านมีความประสงค์ที่จะใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้ดังกล่าว และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ขอให้ท่านแจ้งความประสงค์ต่อบริษัทฯ โดยลงนามในเอกสารนี้ หากบริษัทฯ ไม่ได้รับเอกสารจากท่าน บริษัทฯ จะไม่สามารถส่งข้อมูลของท่านไปยังกรมสรรพากร และจะถือว่าท่านไม่ประสงค์จะใช้สิทธิดังกล่าว

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย.....ขอรับรองว่า
(นาย,นาง,นางสาว)..... บัตรประจำตัวประชาชน __-__ __ __ __-__ __ __ __ __-__ __ __
เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยให้กับข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าจึงมีความประสงค์ให้ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เป็นผู้มีสิทธิหักลดหย่อนภาษีค่าเบี้ยประกัยสุขภาพ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ.....ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
( ) ( )

<u>หมายเหตุ</u>

1. หากท่านมีการเปลี่ยนแปลงผู้ชำระเบี้ยประกันภัย จะต้องแจ้งให้บริษัททราบ
2. บริษัทฯ จะดำเนินการตามความประสงค์ล่าสุดที่บริษัทฯ ได้รับจากท่าน
3. สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร.1351 เปิดทำการทุกวัน เวลา 08.00-20.00 น.