



ใบคำขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพ (เฉพาะกรมธรรม์ประกันชีวิต)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล.....

เป็นผู้เอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่ **T/U**

เลขประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพ ในปีภาษี 25

ซึ่งออกโดย บริษัท เอไอเอ จำกัด เพื่อใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 162) ซึ่งข้าพเจ้า ยอมรับว่าการออกหนังสือรับรองฯ ของบริษัทฯ เป็นไปตามคำร้องขอและการรับรองของข้าพเจ้า ซึ่งมีข้อเท็จจริง และ คำรับรองของข้าพเจ้าดังนี้

- (1) ข้าพเจ้าเป็นบิดาหรือมารดาโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามข้อ 4 ข้างล่างนี้
- ข้าพเจ้าเป็นบิดาหรือมารดาโดยชอบด้วยกฎหมายของสามีของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามข้อ 4 ข้างล่างนี้
- ข้าพเจ้าเป็นบิดาหรือมารดาโดยชอบด้วยกฎหมายของภรรยาของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามข้อ 4 ข้างล่างนี้

(2) ข้าพเจ้ามีเงินได้พึงประเมินไม่เกิน 30,000.00 บาทต่อปี

(3) ข้าพเจ้าเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

(4) กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่ข้างต้นได้รับการชำระเบี้ยประกันภัย ในส่วนที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ โดยบุคคลดังต่อไปนี้ ในกรณีที่ มีผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมากกว่า 1 คน ข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯ ออกหนังสือรับรองฯ แสดงจำนวนค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าวเป็นส่วนคนละเท่าๆ กันทุกคน (รายชื่อบุตรที่ชำระเบี้ยให้ผู้เอาประกัน)

(4.1) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

(ลงชื่อ).....

(4.2) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

(ลงชื่อ).....

(4.3) (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

(ลงชื่อ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบคำขอฉบับนี้ เป็นความจริงทุกประการ และเพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อซึ่งเป็นลายมือชื่อที่ให้ไว้กับบริษัทในการทำประกันชีวิตกรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้น และหากบริษัทออกหนังสือรับรองฯตามความประสงค์ข้าพเจ้าแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชดใช้ความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นกับบริษัทอันเนื่องมาจากการดำเนินการตามคำขอนี้ รวมทั้งสิทธิเรียกร้องประการใดๆ ที่มีต่อบริษัท อันเนื่องจากการดำเนินการของบริษัทฯ ภายใต้คำขอฉบับนี้

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

<p>ส่งผ่านหน่วย (กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้องชัดเจน เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการจัดส่ง)</p> <p>รหัสสำนักงาน.....</p> <p>รหัสหน่วย.....</p> <p>ชื่อหน่วย.....</p> <p>ชื่อสำนักงาน.....</p>	<p>โปรดระบุความต้องการที่จะให้ส่งหนังสือรับรองการชำระเบี้ยสุขภาพดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งตามที่อยู่ของบุตรคือ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต / อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องการให้ส่งตามที่อยู่ในกรมธรรม์</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งผ่านหน่วย โปรดระบุข้อมูลให้ชัดเจน ในกรอบด้านซ้ายมือ</p>
---	---