



ใบคำขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (เฉพาะเบี้ยสุขภาพ)

เขียนที่.....

วันที่.....

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

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ซอย.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

เป็นผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลเลขที่ **P**

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

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ซอย.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่ข้างต้น

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันสุขภาพของกรมธรรม์เลขที่ดังกล่าวข้างต้นเพื่อใช้ประกอบการยกเว้นภาษีเงินได้ ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 162) เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วขอให้อำนาจให้บริษัทฯ ดำเนินการดังนี้

- ให้บริษัทฯ ส่งหนังสือรับรองฯ ทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ของ ผู้เอาประกัน ข้างต้น
- ให้บริษัทฯ ส่งหนังสือรับรองฯ ทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ของ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ข้างต้น
- อื่น ๆ

ผู้เอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยขอรับรองว่า คำแถลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....(ผู้เอาประกันภัย)

ลงชื่อ.....(ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

(.....)

(.....)