บริษัท เอไอเอ จำกัด
เอไอเอ ทาวเวอร์
181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ (66) 2634 8888 โทรสาร (66) 2352 5844
AIA.CO.TH

แบบฟอร์มแจ้งยกเลิกความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

วันที่ .....

เรื่อง แจ้งยกเลิกความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นทางภาษีเงินได้
เรียน บริษัท เอไอเอ จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. .....(สมาชิกผู้เอาประกันภัย)

เลขประจำตัวประชาชน | | | | | | | | | | | | | |

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีบุคคลธรรมดา (สำหรับชาวต่างชาติ) | | | | | | | | | | | | | |

เบอร์ติดต่อ.....อีเมล.....

ตามที่ข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อ เอไอเอ บัดนี้ข้าพเจ้า **ขอยกเลิกการยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกัน** ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อการยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากร โดยมีผลตั้งแต่ปีภาษีที่ได้รับเอกสารฉบับนี้เป็นต้นไป สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม ดังต่อไปนี้

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่

หนังสือรับรองเลขที่

ลงชื่อ.....

(.....)
สมาชิกผู้เอาประกันภัย
กรุณาลงชื่อให้เหมือนกับที่ให้ไว้กับเอไอเอ

ท่านสามารถเลือกช่องทางการส่งเอกสารฉบับนี้ได้ที่

1. ทางอีเมล TH.CS-TAXCONSENT@AIA.COM
2. ทางไปรษณีย์ ถึง ฝ่ายประกันธุรกิจองค์กร ชั้น 18 อาคารเอไอเอ ทาวเวอร์ 2 เลขที่ 181 ถ.สุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500
3. ทางโทรสาร หมายเลข 02 237 0498

หมายเหตุ: กรณีต้องการเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิทางภาษี ต้องทำเป็นหนังสือแจ้งให้ เอไอเอ ทราบภายในวันที่ 1 ธันวาคม ของปีภาษีนั้น

G311FS00