



เข้าใจชีวิต เข้าใจคุณ
THE REAL LIFE COMPANY

บริษัท เอไอเอ จำกัด

เอไอเอ ทาวเวอร์

181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ (66) 2634 8888 โทรสาร (66) 2352 5844

AIA.CO.TH

วันที่ 24 กันยายน 2561

CSG/TaxConsentletter/20A/01618/154933/P/02807

เรียน ผู้อำนวยการ

สพท.เชียงใหม่ เขต 5

404 ม.10 ถ.สอศ-วังสูง

ต.หางดง อ.ฮอด

จ.เชียงใหม่ 50240

(CO ชุมทอง 24 ไธ # 17539)_20A

เรื่อง การแจ้งความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีสำหรับการประกันสุขภาพของผู้มีเงินได้

เรียน ท่านผู้ถือกรรมสิทธิ์ กรรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ 02807-04

เอไอเอ ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งที่มอบความไว้วางใจและให้เกียรติเป็นผู้ดูแลกรรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม และขอเรียนให้ท่านทราบว่า ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 315) เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อกำหนดวงเงินภาษีเงินได้ สำหรับเงินได้เท่าที่ผู้มีเงินได้จ่ายเป็นเบี้ยประกันภัย สำหรับการประกันสุขภาพของผู้มีเงินได้ กำหนดให้ผู้มีเงินได้ต้องแจ้งความประสงค์ที่จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อบริษัทประกันชีวิตที่ได้เอาประกันไว้ สำหรับการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตั้งแต่ปีภาษี 2561 เป็นต้นไป รวมทั้งกำหนดให้บริษัทประกันชีวิตที่ได้รับแจ้งความประสงค์ต้องส่งข้อมูลสำหรับการใช้สิทธิยกเว้นภาษีของผู้เอาประกันภัยแก่กรมสรรพากรด้วยข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

เอไอเอ จึงขอให้ท่านแจ้งสมาชิกผู้เอาประกันภัยที่มีความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ดังกล่าว กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ ตามที่ได้แนบมาพร้อมกับจดหมายฉบับนี้ พร้อมกับแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และนำส่ง เอไอเอ ฝ่ายประกันธุรกิจองค์กร เพื่อบันทึกข้อมูลของสมาชิกที่ประสงค์แจ้งการใช้สิทธิทางภาษีต่อไป

เอไอเอ ขอขอบพระคุณที่ท่านได้ให้ความไว้วางใจในบริการของเรา หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ที่ศูนย์บริการข้อมูลทางโทรศัพท์ (AIA Call Center) หมายเลขโทรศัพท์ 1581 หรือตัวแทนผู้บริการท่าน

ขอแสดงความนับถือ

จิราภรณ์ กนิษฐรัตน์

ผู้อำนวยการฝ่ายประกันธุรกิจองค์กร

หมายเหตุ - แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพกรรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม สามารถถ่ายเอกสาร หรือดาวน์โหลดได้ที่ www.aia.co.th เลือก บริการลูกค้า -> ดาวน์โหลดฟอร์ม -> ประกันภัยกลุ่ม หรือ www.gmd.aia.co.th

แนบ - แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพกรรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

หมายเหตุ : กรณีต้องการขอยกเลิกการใช้สิทธิทางภาษี ต้องทำเป็นหนังสือแจ้งให้เอไอเอ ทราบภายในวันที่ 1 ธันวาคม ของปีภาษีนั้น

สำเนาเรียน : นายอรรถวุฒิ สุโธไตรรัตน์ (154933) หน่วย ชุมทอง 24 ไธ (01618) / 20A-สมุทรปราการ (ผู้ลักษณะ 1)

Team GSE -P



เข้าใจชีวิต เข้าใจคน
THE REAL LIFE COMPANY

บริษัท เอไอเอ จำกัด

เอไอเอ ทาวเวอร์

181 ถนนสุขุมวิท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ (66) 2634 8888 โทรสาร (66) 2352 5844

AIA.CO.TH

แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ สำหรับเบี้ยประกันสุขภาพกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

วันที่

เรื่อง แจ้งความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นทางภาษีเงินได้ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 315) เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อการยกเว้นภาษีเงินได้ กำหนดให้ผู้มีเงินได้ต้องแจ้งความประสงค์ที่จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อบริษัทประกันชีวิตที่ได้เอาประกันภัย ตั้งแต่ปีภาษี 2561 เป็นต้นไป รวมทั้งกำหนดให้บริษัทประกันชีวิตที่ได้รับแจ้งความประสงค์ ส่งข้อมูลสำหรับการใช้สิทธิยกเว้นภาษีของผู้เอาประกันภัยแก่กรมสรรพากรด้วย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

เอไอเอ จึงขอให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยที่มีความประสงค์แจ้งการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ดังกล่าว กรอกข้อมูลด้านล่าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน สำหรับชาวต่างชาติให้แนบสำเนาหนังสือเดินทาง พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง นำส่งกลับมาที่ เอไอเอ เพื่อบันทึกข้อมูลให้กับกรมสรรพากรต่อไป

ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ AIA Call Center หมายเลขโทรศัพท์ 1581 หรือตัวแทนผู้บริการท่าน

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

เลขประจำตัวประชาชน
(พร้อมแนบสำเนาบัตร)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีบุคคลธรรมดา
(สำหรับชาวต่างชาติ พร้อมแนบสำเนาพาสปอร์ต)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เบอร์ติดต่อ.....อีเมล.....

ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน และยินยอมให้ เอไอเอ ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม ของข้าพเจ้าต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด เพื่อใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร ตั้งแต่ปีภาษีที่แจ้งความประสงค์ในเอกสารฉบับนี้เป็นต้นไป สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มที่ทำไว้กับ เอไอเอ ดังนี้

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่

หนังสือรับรองเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ เอไอเอ ทำการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันตามที่ข้าพเจ้าให้ไว้ด้านบน เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารกับข้าพเจ้าต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

สมาชิกผู้เอาประกันภัย
กรุณาลงชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับเอไอเอ

ท่านสามารถเลือกช่องทางการส่งเอกสารฉบับนี้ได้ที่

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

หมายเหตุ: กรณีต้องการเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิทางภาษี ต้องทำเป็นหนังสือแจ้งให้ เอไอเอ ทราบภายในวันที่ 1 ธันวาคม ของปีภาษีนั้น



