



เลขที่ใบคำขอ/กรมธรรม์

ใบคำขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพ

เพื่อใช้ลดหย่อนภาษีตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร (ฉบับที่ 162)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายขายของบริษัทฯ

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ชื่อตัวแทน
 รหัสตัวแทน
 หน่วย/ภาค สาขา
 โทรศัพท์

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้น มีความประสงค์ที่จะขอให้บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการออกหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร (ฉบับที่ 162) ตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้ให้คำรับรองไว้ในใบคำขอ ฯ ฉบับนี้ ดังนี้

- ข้าพเจ้ามิได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันสุขภาพของกรมธรรม์ดังกล่าว
- บุคคลผู้ชำระเบี้ยประกันสุขภาพเพื่อทำประกันสุขภาพ หรือ กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล ให้ข้าพเจ้า มีรายชื่อและความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า ดังนี้

2.1 ชื่อ นามสกุล
 ความสัมพันธ์ เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย เป็นคู่สมรสของบุตรชอบด้วยกฎหมาย ของข้าพเจ้า
 เบี้ยประกันสุขภาพที่ชำระ บาท หรือ อัตราส่วนของการชำระเบี้ยประกันสุขภาพ (ร้อยละ)
 ที่อยู่

โทรศัพท์ อีเมล

2.2 ชื่อ นามสกุล
 ความสัมพันธ์ เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย เป็นคู่สมรสของบุตรชอบด้วยกฎหมาย ของข้าพเจ้า
 เบี้ยประกันสุขภาพที่ชำระ บาท หรือ อัตราส่วนของการชำระเบี้ยประกันสุขภาพ (ร้อยละ)
 ที่อยู่

โทรศัพท์ อีเมล

2.3 ชื่อ นามสกุล
 ความสัมพันธ์ เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย เป็นคู่สมรสของบุตรชอบด้วยกฎหมาย ของข้าพเจ้า
 เบี้ยประกันสุขภาพที่ชำระ บาท หรือ อัตราส่วนของการชำระเบี้ยประกันสุขภาพ (ร้อยละ)
 ที่อยู่

โทรศัพท์ อีเมล

- ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัท ฯ ดำเนินการออกหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพโดยใช้ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ตามใบคำขอ ฯ นี้ สำหรับ

- การขอหนังสือรับรองฯ ในปีภาษี 25 เท่านั้น
 การขอหนังสือรับรองฯ ในปีภาษี 25 และปีต่อ ๆ ไปจนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้งความประสงค์ใหม่

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความที่ระบุในใบคำขอ ฯ ฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วว่าในกรณีที่ผู้ชำระเบี้ยมากกว่า 1 คน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จะออกหนังสือรับรอง ฯ โดยแสดง จำนวนเงินเบี้ยประกันสุขภาพที่ระบุไว้ข้างต้น หากมิได้ระบุไว้ บริษัท ฯ จะแสดงจำนวนเงินเบี้ยประกันสุขภาพโดยหารค่าตามจำนวนผู้ชำระเบี้ยประกัน และข้าพเจ้ายินยอมที่จะชดเชยความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้นกับบริษัท ฯ อันเนื่องมาจากการดำเนินการตามคำขอ ฯ รวมทั้งสละสิทธิเรียกร้องประการใด ๆ ที่มีต่อบริษัท ฯ อันเนื่องมาจากการดำเนินการของบริษัท ฯ ภายใต้ คำขอฉบับนี้

()

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

กรุณาลายมือชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัท ฯ

โปรดระบุความต้องการที่จะจัดส่งหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันสุขภาพ ดังนี้

- ส่งให้ข้าพเจ้าผ่านหน่วยงานผู้ให้บริการ ตามที่ระบุไว้ข้างต้น
 ส่งให้ข้าพเจ้าตามสถานที่ติดต่อที่ไว้ไว้ในกรมธรรม์
 ส่งตามที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ย ตามที่ระบุไว้ข้างต้น
 อื่น ๆ

หมายเหตุ: เงื่อนไขแบบประกันที่สามารถนำไปลดหย่อนภาษีอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรหรือกฎหมายอื่นที่มีผลบังคับในอนาคต

เบี้ยประกันสุขภาพตามสัญญาเพิ่มเติม แบบท้ายกรมธรรม์ประกันชีวิตนี้ สามารถลดหย่อนภาษีเงินได้ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 162) ให้หมายถึง

- การประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอันเกิดจากการเจ็บป่วย และการบาดเจ็บ การชดเชยการทุพพลภาพ และการสูญเสียอวัยวะ เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บได้แก่
 - สัญญาเพิ่มเติมการรักษายาบาลพิเศษ (MEA+)
 - แผนประกันสุขภาพ iHealthy
- สัญญาเพิ่มเติมการประกันอุบัติเหตุคุ้มครองการเสียชีวิตและสูญเสียอวัยวะ (AP)
- การประกันภัยอุบัติเหตุ เฉพาะที่ให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การทุพพลภาพ การสูญเสียอวัยวะ และการแตกหักของกระดูก ได้แก่
 - สัญญาเพิ่มเติมการประกันอุบัติเหตุ คุ้มครองการเสียชีวิตและสูญเสียอวัยวะ และค่ารักษาพยาบาล (ECARE)
 - การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA) (เฉพาะเบี้ยสุขภาพ)
- การประกันภัยโรคร้ายแรง ได้แก่
 - สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคร้ายแรง (DCI)
 - สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคมะเร็ง (Cancer Solution)
 - แบบประกันคุ้มครองโรคร้ายแรง iCare (ESCI)
 - แบบประกันชีวิต และโรคร้ายแรงตลอดชีพ iShield

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Krungthai-AXA Life Insurance Public Company Limited

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แทรนส์ งามา 9 ชั้น 1, 20-27 ถนนพหลโยธิน แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310