



บริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120  
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881  
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้และ  
ให้ความยินยอมแก่บริษัทในการส่งและเปิดเผยข้อมูลต่อกรมสรรพากร

ข้าพเจ้า ..... เป็นผู้เอาประกันภัย  
เบอร์โทรศัพท์ต่อ..... Email .....  
เลขประจำตัวประชาชน .....  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร(สำหรับชาวต่างชาติ).....  
(Non-Thai Residence) และเป็นผู้ที่มิหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็น ผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย มีความประสงค์ที่จะแจ้งการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ดังกล่าวต่อบริษัท แอ็ดวานซ์ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัทฯ) ตั้งแต่วันที่ภาษีที่ทำการยื่นนี้เป็นต้นไป และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โดยขอยืนยันความประสงค์

1. มีความประสงค์ ต่อทุกกรมธรรม์ของข้าพเจ้า
2. มีความประสงค์ตามกรมธรรม์เลขที่ ต่อไปนี้
- |          |          |
|----------|----------|
| 2.1..... | 2.4..... |
| 2.2..... | 2.5..... |
| 2.3..... | 2.6..... |
3. ไม่มีความประสงค์

ลงชื่อ .....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่ .....

หมายเหตุ

1. หากท่านไม่แจ้งความประสงค์ที่จะใช้สิทธิดังกล่าวต่อบริษัท อาจทำให้ท่านไม่ได้รับความสะดวกในการหักค่าลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเบี้ยประกันภัย ตามข้อกำหนดของกรมสรรพากร
2. หากมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูล กรุณาทำหนังสือแจ้งให้บริษัทรับทราบ ภายในวันที่ 1 ธันวาคมของปีภาษีนั้นๆ และในกรณีที่ไม่มีกรแจ้งเปลี่ยนแปลงใดๆ และกรมธรรม์ของผู้เอาประกันภัยมีรายการเบี้ยประกันภัยที่มีสิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา บริษัทฯ จะดำเนินการส่งข้อมูลไปยังสรรพากรอย่างต่อเนื่องทุกปี จนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขเป็นอย่างอื่น หรือสิทธิของกรมธรรม์ดังกล่าวสิ้นสุดลง
3. หากมีข้อสงสัย สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ หมายเลขโทรศัพท์ 02-648-3600, 02-648-3500 ท่านสามารถส่งแบบฟอร์มกลับมาทาง โทรสาร 02-648-3920 , E-mail: [cs@alife.co.th](mailto:cs@alife.co.th) ภายในวันที่ 28 ธันวาคม 2561