

แบบฟอร์มการแจ้งความประสงค์ใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ตามที่กรมสรรพากรได้ออกประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เกี่ยวกับภาษีเงินได้ (ฉบับที่ 315) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อการลดหย่อนภาษีเงินได้ สำหรับปีภาษี 2561 เป็นต้นไป โดยให้ผู้มีเงินได้ที่ต้องการนำเบี่ยประกันภัยไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้ **ต้องแจ้งความประสงค์** ที่จะใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้ต่อบริษัทประกันภัยที่ได้เอาประกันภัยไว้และยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี่ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร

ดังนั้น หากท่านมีความประสงค์ที่จะใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้ดังกล่าว และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี่ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ขอให้ท่านแจ้งความประสงค์ต่อบริษัทฯ โดยลงนามในเอกสารนี้

ชื่อ – สกุล ผู้เอาประกันภัย..... เลขประจำตัวประชาชน.....

โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร สำหรับชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence).....

กรุณาเลือกเพียงข้อเดียวเท่านั้น และใส่เครื่องหมาย / หน้าข้อที่ท่านเลือก

1. มีความประสงค์ใช้สิทธิในกรมธรรม์ประกันภัยทุกฉบับที่ทำไว้กับบริษัทฯ
2. มีความประสงค์ใช้สิทธิเฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 กรมธรรม์)
- 1..... 2..... 3.....
- 4..... 5..... 6.....
3. ไม่มีความประสงค์

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ

- ท่านสามารถส่งแบบฟอร์มนี้ไปยัง บริษัทชิกน่า หรือ อีเมล Cigna.customerservice@Cigna.com หรือ โทรสาร (Fax): 02-650-9677
- หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

กรุณาติดต่อ ศูนย์บริการลูกค้าชิกน่า (Customer Service Center) หมายเลข 1758 หรือ 02-853-0000 ตามวันและเวลาทำการ ดังนี้

วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลาทำการ 08.00 - 20.00 น.

วันเสาร์ - วันอาทิตย์ เวลาทำการ 08.30 - 17.30 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

E-mail : Cigna.customerservice@Cigna.com

Website : www.Cigna.co.th



ศูนย์บริการลูกค้าชิกน่า

+ 02-853-0000