



# หนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

ข้าพเจ้า..... ผู้เอาประกันภัย  
 บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
 เลขประจำตัวประชาชน

## ส่วนที่ 1: การแจ้งความประสงค์ใช้สิทธิทางภาษี

- ขอแจ้งความประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และยินยอมให้ บริษัท เอไอเอ จำกัด เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากร ตั้งแต่ปีภาษีที่ให้ความยินยอมนี้เป็นต้นไป
- กรณีเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษีอากรที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

หมายเหตุ: กรณีต้องการยกเลิกการใช้สิทธิทางภาษี ต้องทำเป็นหนังสือให้บริษัทภายในวันที่ 1 ธันวาคม ของปีภาษีนั้น

## ส่วนที่ 2: ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มของสมาชิกผู้เอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทฯ อาจปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามหนังสือรับรองการประกันชีวิต
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อยกเว้นภาษีเงินได้หรือการจ่ายเงินตามหนังสือรับรองการประกันชีวิตได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้น้ำ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อยกเว้นภาษีเงินได้หรือการจ่ายเงินตามหนังสือรับรองการประกันชีวิตหรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้น้ำ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

..... ผู้ให้ความยินยอม

( )

วันที่ .....