

สรุปเอกสารทั้งหมดของ Rabbit มีดังนี้

### แบบชี้วะระยะเวลา + ตลอดชีพ

1. ในค่าขอเอาประกันชีวิตประกทานามสูญ (ชนิดมีค่าตามสุขภาพอย่างละเอียด) (**เขียนชื่อ Mum ลงข่าวทุกใบ**)
2. หนังสือแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร
3. แบบฟอร์มการระบุตัวตนและพิสูจน์ทราบตัวตน และประเมินความเสี่ยงลูกค้า (**กรณีผู้เอาประกันไม่ได้ชำระเบี้ยเงิน ต้องกรอก 2 ใบ**)
4. แบบฟอร์มขอความยินยอม Marketing Consent
5. แบบแจ้งสถานะผู้มีสิทธิ์ที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (นอกเหนือจากไทยหรือสหรัฐอเมริกา)
6. ใบเสนอขาย (**ระบุชื่อ-สกุลลูกค้า**)
7. สานาบัตรประชาชน
8. สานาหน้าบัญชี (**กรณีต้องการรับผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ โดยการโอนเข้าบัญชี**)
9. หลักฐานการชำระเบี้ย
  - ❖ เงินสด => สลิป / Pay-in
  - ❖ ตัดบัตรเครดิต => ฟอร์มตัดบัตรเครดิต / สานาบัตรประชาชน / สานาหน้าบัตรเครดิต

\* การชำระเบี้ย => ต้องเป็นชื่อผู้เอาประกัน หรือบุคคลที่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์ได้ (แบบสานาบัตรประชาชน+เอกสารมาด้วย)

\*\*ผู้รับผลประโยชน์ => เป็น บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร ไม่ต้องแสดงความสัมพันธ์

=> สถานะอื่นๆ และคนละนามสกุลกับผู้เอาประกัน ต้องใช้เอกสารแสดงความสัมพันธ์



บริษัท รูบบิก ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Rabbit Life Insurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสาธรชั้ตติ้ง ทาวเวอร์ อชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาธร 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.rabbitlife.co.th  
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

กรมธรรม์ประกันชีวิต.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ

(กรณีมีค่าถมสุขภาพอย่างละเอียด)

แบบดราจสุขภาพ  แบบไม่ดราจสุขภาพ

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บังคับ  
ผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่รับจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนหากมีผลบุญประโยชน์ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... ชื่อหน่วย/ทีม... Srikrung..... ชื่อตัวแทน..... รหัส..... 59640.....

ใบอนุญาตเลขที่..... ช 00002/2557

ส่วนที่ 1 คำถมเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ก. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย..... ชื่อและนามสกุลเดิม .....

เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ.....

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ .....

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว..... วันบัตรหมดอายุ.....

ชื่อภรรยา/สามี.....

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ และต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์คุ้มครองผู้ช่วยเบี้ยประกันภัย ในกรอบรายละเอียดในข้อ 1 ข.

1 ข. ชื่อและนามสกุลของผู้ช่วยเบี้ยประกันภัย.....  
ชื่อและนามสกุลเดิม ..... ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ .....

เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ.....

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ .....

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว..... วันบัตรหมดอายุ.....

ชื่อภรรยา/สามี.....

อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....

ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตำบล/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ข. สถานที่ทำงาน..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตำบล/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  สถานที่ทำงาน  ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่อื่นๆ .....

3. อาชีพ

อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....

ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท

อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....

ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท

ท่านใช้จัดการรายนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

4. แบบประกันภัย .....	ชนิด	<input type="checkbox"/> มีเงินปันผล	<input type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล	
ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก <input type="checkbox"/> ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค <input type="checkbox"/> นำไปชำระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม				
ระยะเวลาเอาประกันภัย ..... ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ..... ปี				
วงการชาระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> รายปี <input type="checkbox"/> ชาระเบี้ยประกันภัยครึ่งเดียว				
ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)		
สัญญาประกันชีวิต				
สัญญาเพิ่มเติม				
เบี้ยประกันภัยรวม ..... บาท				
จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ ..... บาท ชำระเป็น <input type="checkbox"/> ผินสด <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ ..... ชื่อบัญชี.....				
ธนาคาร.....สาขา.....อื่น ๆ ..... ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....				
คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยของแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราวเอกสารการรับเงินเลขที่ ที่ระบุข้างต้น				
5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน) กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต				
ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
คำถามข้อ 6 - 16 กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ และต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์คุ้มครองผู้ชาระเบี้ยประกันภัย คำถามนี้จะถามทั้งผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชาระเบี้ยประกันภัย				
6. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัลอื่นหรือไม่				
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้ชาระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> มี ดังนี้ <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้ชาระเบี้ยประกันภัย				
ผู้ขอเอาประกันภัย/ ผู้ชาระเบี้ยประกันภัย	บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		เงินขาดเชยรายวัน บังคับหรือไม่
		ชีวิต	โรคร้ายแรง	
ผู้ขอเอาประกันภัย				
ผู้ชาระเบี้ยประกันภัย				
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เนื่องจากชาระเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอคืนสูญตามเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่				
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้ชาระเบี้ยประกันภัย				
<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้ชาระเบี้ยประกันภัย				
ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชาระเบี้ยประกันภัย	บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด	
ผู้ขอเอาประกันภัย				
ผู้ชาระเบี้ยประกันภัย				
8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่				
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้ชาระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้ชาระเบี้ยประกันภัย				

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

- ไม่เสพ/ไม่เคย  ผู้ขอເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ  ເສພ/ເຄຍເສພ  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ  
 ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ ໂປຣດະບຸນິດ..... ປຣມານ..... ຄວາມຖີ່..... ຄວັງ/ສັປດາຫຼື..... ເສພນານານ..... ປີ  
 ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ ໂປຣດະບຸນິດ..... ປຣມານ..... ຄວາມຖີ່..... ຄວັງ/ສັປດາຫຼື..... ເສພນານານ..... ປີ  
 ເລີກເສພເນື່ອ.....  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

- ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ  ດື່ມ/ເຄຍດື່ມ  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ  
 ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ ໂປຣດະບຸນິດ..... ປຣມານ..... ຂວດ/ຄວັງ ຄວາມຖີ່..... ຄວັງ/ສັປດາຫຼື ດື່ມມານານ..... ປີ  
 ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ ໂປຣດະບຸນິດ..... ປຣມານ..... ຂວດ/ຄວັງ ຄວາມຖີ່..... ຄວັງ/ສັປດາຫຼື ດື່ມມານານ..... ປີ  
 ເລີກດື່ມ ເນື່ອ.....  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ

11. ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

- ไม่สูบ/ไม่เคย  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ  ສູບ/ເຄຍສູບ  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ  
 ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ ໂປຣດະບຸປຣມານ..... ມວນ/ວັນ ສູບມານານ..... ປີ  
 ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ ໂປຣດະບຸປຣມານ..... ມວນ/ວັນ ສູບມານານ..... ປີ  
 ເລີກສູບ ເນື່ອ.....  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ

12. ส่วนสูง / น้ำหนัก ของຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ

ส่วนสูง ..... ซມ. ນ้ำหนัก ..... กກ.  
 ในรอบ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ນ້ຳໜັກຕົວຂອງທ່ານເປັນແປ່ລິ່ນແປ່ງໂຮ້ອມ  
 ໄມແປ່ລິ່ນ  ແປ່ລິ່ນ  
 ໂປຣດະບຸນ້ຳໜັກ  ເພີ່ມຂຶ້ນ.....ກກ.  ລດລົງ.....ກກ.  
 ສາເຫຼຸ່ງທີ່ນ້ຳໜັກເປັນແປ່ລິ່ນແປ່ງ.....

ส่วนสูง / น้ำหนัก ຂອງຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ

ส่วนสูง ..... ซມ. ນ້ຳໜັກ ..... ກກ.  
 ในรอบ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ນ້ຳໜັກຕົວຂອງທ່ານເປັນແປ່ລິ່ນແປ່ງໂຮ້ອມ  
 ໄມແປ່ລິ່ນ  ແປ່ລິ່ນ  
 ໂປຣດະບຸນ້ຳໜັກ  ເພີ່ມຂຶ້ນ.....ກກ.  ລດລົງ.....ກກ.  
 ສາເຫຼຸ່ງທີ່ນ້ຳໜັກເປັນແປ່ລິ່ນແປ່ງ.....

**ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ และຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ (ถ้ามี)**

13. บุคคลในครอบครัว (บิดา ມາຮາ ສາມື ກວ່າຍາ ພໍ່ນອງວ່ວມປົດແລະ/ຫົວໝາຮາດ) ของท่าน เคຍໄດ້ຮັບກາວົນຈົດຍາກແພທຍ່ວ່າເປັນໂຮ້ອເຄຍເປັນໂຄດ້ວໃຈ

ໂຄຄະດົດເລືອດສົມອງ ໂຄມະເງົງ ໂຄບເບາຫວານ ໂຄຕໍໄຕ ໂຄຄວາມດັນລີທີສູງ ການພຍາຍາມຈາກຕົວຕາຍຫົວໝາຮາດ ໂຄເລືອດ ຫົວໝາໂຄໄວຮສຕັບອັກເສບ ໂຄເອດສ (HIV) ໂຄມັດຕິເພີດສເຄດອໂຮືບ ໂຄອ້ລ໌ໄຊເມອ້ ທີ່ຫົວໝາຮາດ ອົງໂຄພາກົກິນສັນ ບໍ່ໄວ້

- ໄມເປັນ  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ  
 ເປັນ  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ

(ຖືກເປັນໂປຣດະບຸຍະລະເອີດເພາະ ຊົ້ວໂຣກ ທີ່ບຸຄລ ໃນຄວບຄວາທ່ານເປັນຫົວໝາຮາດ)

ໂຣກ .....

**ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาໂຄດ້ວໃຈອອງຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ และຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ (ถ้ามี)**

14. ท่านເຄຍໄດ້ຮັບກາວົນຈົດ ຫົວໝາຮາດ ອົງໂຄຕໍໄຕ ອົງໂຄຄວາມຈາກຕົວຕາຍຫົວໝາຮາດ ທ່ານນີ້ທີ່ໄວ້

- ໄມເຄຍ/ໄມ້ມີ  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ  
 ເຄຍ/ມີ  ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ  ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ

หากເຄຍ ກຽນນາທຳເຄື່ອງໜ້າຢ່າງໃນໜ້ອງ  ແລະ ເກີດໃຫຍ່ໂຄດ້ວໃຈຕໍ່ດ້ານລ່າງ (ຕອບໄດ້ມາກວ່າ 1 ຊົ້ວ)

ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ	ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ	ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ	ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ	ຜູ້ຂໍາເອາປະກັນກັຍ	ຜູ້ຂໍາຮະບັບປະກັນກັຍ
ສາຍຕາພິກາ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໂຄຄວາມດັນລີທີສູງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ໂຣຄຈອປະສາທາ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໂຣຂ້ວ່າໃຈ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ໂຣຕ້ອທິນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໂຣເສັ້ນລື້ອດໜ້າໃຈຕົບ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ໂຄຄະດົດໃນສົມອງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໂຄຄະດົດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ໂຣຄົມພຸຖົກໜີ/ໂຣຄົມພາດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໂຣຄແລນີ່ນທາງເດີນນ້ຳດີ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ໂຣຄພາກົກິນສັນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໂຣຄຕັບຫົວໝາທຳເດີນນ້ຳດີ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ໂຣຄຄວາມຈຳເລື່ອມ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໂຣຄພິ່ນສຸວາເຮື້ອງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ໂຣຄໜັກ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໂຣຄຕັບອ່ອນອັກເສບ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ໂຣຄປົດຫົວປົດອັກເສບ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໂຣຄໜັງແໜັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ໂຣຄວັນໂຣກ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໂຣຄຕ່ອມນໍ້າເຫັນໂຕ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผู้ขอเอกสารกันภัย	ผู้สำหรับเบี้ยฯ	ผู้ขอเอกสารกันภัย	ผู้สำหรับเบี้ยฯ	ผู้ขอเอกสารกันภัย	ผู้สำหรับเบี้ยฯ			
โภคหนบหีด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โภคจิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โภคประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โภคเดอส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โภคชีวเมือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โภคการโภค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ดาวน์ซินโดรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผู้ขอเอกสารกันภัย/ ผู้สำหรับเบี้ยฯ	โภค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

15. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่  
 ไม่เคย/ไม่มี       ผู้ขอเอกสารกันภัย       ผู้สำหรับเบี้ยฯ  
 เคย/มี       ผู้ขอเอกสารกันภัย       ผู้สำหรับเบี้ยฯ

หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณารายงานรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ผู้ขอเอกสารกันภัย	ผู้สำหรับเบี้ยฯ	ผู้ขอเอกสารกันภัย	ผู้สำหรับเบี้ยฯ	อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา	ผู้ขอเอกสารกันภัย	ผู้สำหรับเบี้ยฯ		
การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องเดินเร็ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ร่างกายสูญเสียประสิทธิภาพความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องมาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โภคผิวนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องเลี้ยงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>เฉพาะสตรี</u>		
เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์.....เดือน		
เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> โภคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร		
อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จำลีด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด		
เคลพยาญามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ผู้ขอเอกสารกันภัย/ผู้สำหรับเบี้ยฯ	อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

16. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชั้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโภค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ

หรือไม่  ไม่เคย       ผู้ขอเอกสารกันภัย       ผู้สำหรับเบี้ยฯ  
 เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด  ผู้ขอเอกสารกันภัย       ผู้สำหรับเบี้ยฯ

ผู้ขอเอกสารกันภัย/ ผู้สำหรับเบี้ยฯ	ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
ผู้ขอเอกสารกันภัย					
ผู้สำหรับเบี้ยฯ					

ข. ทราบดีเจ็บป่วย การผ่าตัด การบริการแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น

ไม่เคย       ผู้ขอเอกสารกันภัย       ผู้สำหรับเบี้ยฯ  
 เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด  ผู้ขอเอกสารกันภัย       ผู้สำหรับเบี้ยฯ

ผู้ขอเอกสารกันภัย/ ผู้สำหรับเบี้ยฯ	อาการ	วันเดือนปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
ผู้ขอเอกสารกันภัย				
ผู้สำหรับเบี้ยฯ				

**คำถามข้อ 17. คำตามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอกสารประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรงของผู้ขอเอกสารประกันภัย**

17. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือดังข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำตามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี     เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ช่อง)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> วิดสีดวงหวาน	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> กระดิ้นเหลย้อน	<input type="checkbox"/> ฝีคันชาสูตร	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท
<input type="checkbox"/> ไข้้นสักอักเสบ	<input type="checkbox"/> นิ่ว	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไม่เกรน	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> ออทิสติก	<input type="checkbox"/> เส้นประสาಥ้ออักเสบหรือถูกเบี้ยดทับ
<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> สมานิสัย	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือดังข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

18. สำหรับผู้ขอเอกสารประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) และ/หรือผู้ซึ่งรับเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี)

19. การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศไทยร่วมกันเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอกสารประกันภัย

**1. การรับรองสถานะ**

ก. ผู้ขอเอกสารประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศไทยที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทยหรือไม่

ไม่มี     มี โปรดระบุ

ถือสัญชาติอเมริกัน     เกิดในประเทศไทยหรือไม่     ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศไทยหรือไม่

ข. ผู้ขอเอกสารประกันภัยเป็น หรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้เมืองที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศไทย (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น     เป็น     เคยเป็นและลื้นหลับดับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ .....

ค. ผู้ขอเอกสารประกันภัยมีหน้าที่เดิมภาคีให้แก่กรมสรรพากรหรือไม่

ไม่มี     มี

ง. ผู้ขอเอกสารประกันภัยมีสถานะเป็นผู้เมืองที่อยู่ในประเทศไทยหรือไม่เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศไทยให้หรือไม่

( เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยหรือเมืองอื่นอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา )

ไม่มี     มี

**2. คำรับรอง**

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อมูลพื้นหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทฯ เป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทฯ ที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทฯ ที่ต้องเก็บรวบรวมเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภาษาในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทฯ ไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศไทยหรือไม่ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิ์กับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ผู้ขอเอกสารประกันภัยประ拯救ที่จะใช้สิทธิ์ของเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอกสารประกันภัยเป็นชาวต่างด้าว (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้เมืองที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยແດลงหรือคำตอบในใบคำขอเอกสารประกันชีวิตของผู้ขอเอกสารประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจาขออีนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอกสารประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยແผลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ดูแลสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจาเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แสดงถึงความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
  2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เนื้อหาดิ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่ บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอกสารประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
  3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เนื้อหาดิ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อคับบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายนานาประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล 医療 บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอกสารประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
  4. ข้าพเจาเข้าใจดีว่า หากข้าพเจาเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้แก่บริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
  5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอกสารประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th) รวมทั้ง รับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงานคปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงานคปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงานคปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
  6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นในอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอกสารประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
    - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอกสารประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
    - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้ปัจจุบัน
    - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [[www.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th) ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงานคปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงานคปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงานคปภ.]
    - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า บริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการขอเอกสารประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอกสารประกันภัย

บิดา/มารดา       ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขออาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอกสารกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Digitized by srujanika@gmail.com

(กรณีผู้ขอเอกสารกักภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

## ส่วนที่ 5 คำเตือน

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
  - ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านทราบว่าจะชอบความมากต้องของคำตอบทักษ้อคิรังหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตัวจราจรภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทนับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้เช่าสิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบโดย巳มูลของข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว  
จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เจียนที่ .....	วันที่ .....	เดือน .....	พ.ศ.....
----------------	--------------	-------------	----------

(ลงชื่อ) .....

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต  
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้combeี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา       ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Rabbit Life Insurance Public Company Limited

### หนังสือแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

เจียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ในฐานะ  ผู้เอาประกันภัย  ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัย และเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นสูงอายุ) ของ..... มีความประสงค์ให้บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัทฯ) ดำเนินการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ เข้าบัญชีธนาคารที่แจ้งไว้ โดยให้มีผลกับทุกกรมธรรม์ที่มีอยู่กับบริษัทฯ และให้อ้วนว่าบริษัทฯ ได้จ่ายเงินจำนวนคงคล่องไว้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยอย่างถูกต้องครบถ้วนแล้ว

ชื่อบัญชี.....

<input type="checkbox"/> ธนาคารกรุงเทพ	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....
<input type="checkbox"/> ธนาคารกรุงไทย	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....
<input type="checkbox"/> ธนาคารกรุงศรีอยุธยา	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....
<input type="checkbox"/> ธนาคารกสิกรไทย	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....
<input type="checkbox"/> ธนาคารทหารไทยธนาคาร	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....
<input type="checkbox"/> ธนาคารไทยพาณิชย์	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....
<input type="checkbox"/> ธนาคารกรุงโภ尼	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....
<input type="checkbox"/> ธนาคารออมสิน	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....
<input type="checkbox"/> ธนาคารกสิกรไทย	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการแจ้งความประสงค์ดังต่อไปนี้

- 1) สำเนาหน้าสัมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือ สำเนา Bank Statement บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน หน้าที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของข้าพเจ้าพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และ
- 2) สำเนาบัตรประชาชน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ 1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เป็นเช็คดังเดิม จนกว่าบริษัทฯ จะดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

- 2) กรณีที่ธนาคาร หรือบริษัทฯ เกิดเหตุขัดข้องไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีข้างต้นได้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็ค
- 3) บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกการจ่ายผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร ซึ่งจะดำเนินการจ่ายเป็นเช็คแทน โดยมิต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า
- 4) หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน
- 5) กรณีผู้เอาประกันภัยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัยลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
- 6) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้สูงอายุ ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คตามวิธีปกติให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว

ทั้งนี้ เป็นหลักฐานแห่งข้อตกลงข้างต้น ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)  
(.....)

หมายเลขอร์เชฟท์ติดต่อ.....



บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Rabbit Life Insurance Public Company Limited

### แบบฟอร์มการระบุตัวตนและพิสูจน์ทราบตัวตนของลูกค้า

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ชื่อ-สกุล ลูกค้า.....ID Card.....

ชื่อ-สกุล ผู้เสนอขาย/เจ้าหน้าที่บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่ทำการระบุตัวตนและพิสูจน์ทราบตัวตนของลูกค้า.....

ประเภทการทำธุรกรรม  แบบพบหน้า (Face To Face)  แบบไม่พบหน้า (NON-Face To Face)

ทำการตรวจสอบข้อมูลการแสดงตนของลูกค้าแล้ว มีข้อมูล ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

เปรียบเทียบใบหน้าลูกค้า/ภาพใบหน้าลูกค้า กับบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัว

ประชาชนของลูกค้าแล้ว น่าเชื่อว่าลูกค้าเป็นเจ้าของข้อมูลจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้เอกสารประกันภัย หรือบิดา/มารดา/  
ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เอกสารประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้เสนอขาย/เจ้าหน้าที่บริษัท

(.....) กรุณายืนยันชื่อ-นามสกุล ตัวบرجง

หมายเหตุ : ผู้เสนอขาย หมายถึง ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต พนักงานธนาคาร พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัท



บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Rabbit Life Insurance Public Company Limited

แบบฟอร์มขอความยินยอม  
บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ" หรือ "เรา") ตระหนักถึงความสำคัญของการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล จึงขอความยินยอมจากท่านในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่ได้รับจากท่านโดยตรงหรือจากแหล่งอื่น (สำหรับกรณีที่ไม่สามารถถอดอาชัยฐานทางกฎหมายอื่นได้ นอกเหนือจากความยินยอม) เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

กรุณารายงานว่าคุณ  ลงในหน้าข้อความที่ท่านประสงค์จะให้ความยินยอม

ท่านให้ความยินยอมสำหรับวัตถุประสงค์ทางการตลาด

- เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสในการรับข้อเสนอเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เหมาะสมกับไลฟ์สไตล์ของท่าน สิทธิพิเศษในการเข้าร่วมกิจกรรม การรับสิ่งของ รวมถึงข่าวสารประชาสัมพันธ์ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และโปรโมชั่นที่คัดสรรสำหรับท่านโดยเฉพาะ จากบริษัทฯ บริษัทในกลุ่มระบบนิเวศข้อมูลแรบบิท (Rabbit's Data Ecosystem) และบริษัทในกลุ่ม BTS [[https://www.rabbitlife.co.th/privacy\\_policy/list-of-companies-in-the-bts-group](https://www.rabbitlife.co.th/privacy_policy/list-of-companies-in-the-bts-group)]
- ท่านไม่ให้ความยินยอมสำหรับวัตถุประสงค์ทางการตลาด

ท่านให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

- เพื่อให้บริษัทในกลุ่มระบบนิเวศข้อมูลแรบบิท (Rabbit's Data Ecosystem) และบริษัทในกลุ่ม BTS สามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อทำการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้รู้จักท่านดียิ่งขึ้น และสามารถนำเสนอสินค้าและบริการที่ตรงใจท่านมากยิ่งขึ้น [[https://www.rabbitlife.co.th/privacy\\_policy/list-of-companies-in-the-bts-group](https://www.rabbitlife.co.th/privacy_policy/list-of-companies-in-the-bts-group)]
- ท่านไม่ให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติมได้จากนโยบาย ความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ [[www.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th)] และสามารถแจ้งยกเลิกการให้ความยินยอมข้างต้นเมื่อได้ก็ได้ตามช่องทางด้านล่าง

ส่งจดหมายติดต่อได้ที่ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ที่อยู่ 175 อาคารสาทรชั้ตต์ ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

เบอร์โทรศัพท์ 02-648-3600 เวลาทำการ 08.00-17.00 น.

เว็บไซต์ [www.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th) หรือ อีเมล [cs@rabbitlife.co.th](mailto:cs@rabbitlife.co.th)

ในกรณีที่มีการเพิ่มรายชื่อบริษัทในกลุ่มระบบนิเวศข้อมูลแรบบิท (Rabbit's Data Ecosystem) บริษัทในกลุ่ม BTS รวมถึงพันธมิตรทางธุรกิจที่ท่านได้ให้ความยินยอมไว้ บริษัทฯ จะแจ้งรายชื่อที่เพิ่มขึ้นให้ท่านทราบ และขอความยินยอมจากท่านสำหรับรายชื่อบริษัทที่เพิ่มขึ้น

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าของข้อมูล  
(\_\_\_\_\_) ตัวบรรจง

เบอร์โทรศัพท์ต่อ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสาทรชัตต์ 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.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th)  
ที่อยู่ : 175 ถนนสาทรใต้ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465



แบบแจ้งสถานะผู้มีคิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา (นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา)

สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา

CRS Self-Certification Form for Individual Customer

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประจำตัวและที่อยู่อาศัยทางภาษี / Part 1 Your identification and tax residence

1. ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล) (Insurance Applicant / Insured (title, name-surname)).....
2. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (National ID Card).....
3. เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย (Application Form No. / Policy No.).....
4. สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ) (Place of Birth (city and country)) .....
5. ท่านเป็นผู้มีคิ่นที่อยู่ทางภาษี\* ในประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่ หรือไม่ โปรดตอบ “ใช่” หากท่านเป็นผู้มีคิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา (Do you have tax residence\* in countries other than Thailand or the U.S.? You must answer “Yes” if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S.)

ใช่ (Yes)       ไม่ใช่ (No)

\*“คิ่นที่อยู่ทางภาษี” หมายถึง ประเทศไทยที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศไทยนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศไทยและ/หรือประเทศไทยนั้น ๆ เนื่องจากการมีภาระภาษี คิ่นที่อยู่จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศไทยนั้นในแต่ละปีหรือโดยการพำนາลลักษณะที่อยู่ (“Tax residence” means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/or other countries by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion.)

\*\*หากท่านตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ไปทำคิ่มในส่วนที่ 2. (If your answer is “No”, continue in Part 2.)

\*\*\*หากท่านตอบว่า “ใช่” กรุณากรอกข้อมูลในตารางด้านล่างเพื่อบรูบประเทศคิ่นที่อยู่ทางภาษีของท่าน (If your answer is “Yes”, please complete the following table indicating your tax residence country or countries.)

ประเทศไทยคิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	เลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล A, B หรือ C If the taxpayer identification number (TIN) is not available enter Reason A,B or C

เหตุผลข้อ A – ประเทศไทยที่ท่านต้องจ่ายภาษีเงินได้ในฐานะผู้มีคิ่นที่อยู่ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้ท่าน (The country where you are subject to income tax as a resident does not issue TINs.)

เหตุผลข้อ B – ท่านไม่สามารถได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือหมายเลขที่เทียบเท่ากัน (กรุณาอธิบายว่าเพราะเหตุใดท่านจึงไม่ได้รับ TIN หากท่านเลือกเหตุผลข้อนี้) (You are otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain why you are unable to obtain a TIN if you have selected this reason))

เหตุผลข้อ C – ไม่จำเป็นต้องมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี เนื่องจากประเทศไทยที่เป็นคิ่นที่อยู่ทางภาษีที่ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีไม่ได้กำหนดให้สถาบันการเงินต้องเก็บรวบรวมและรายงานเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (No TIN is required because the tax residence jurisdiction that issued the TIN does not require a Financial Institution to collect and report the TIN.)



กรุณารอชินภายในช่องว่างด้านล่างถึงเหตุผลที่ท่านไม่สามารถได้มาซึ่งเลขประจำตัวผู้เสียภาษี หากท่านเลือกเหตุผลข้อ B ข้างต้น

(Please explain in the following boxes why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason B)

1. ....
2. ....

## ส่วนที่ 2 คำรับรองสถานะ / Part 2 Confirmation of Status

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (I confirm that) :

1. ข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในแบบฟอร์มเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน (I confirm that the above information is true, complete, accurate and current.)
2. ข้าพเจ้าเป็นผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย (หรือได้รับมอบอำนาจให้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย) ของบัญชีทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง กับแบบฟอร์มนี้ (I am the insurance applicant or insured (or am authorised to sign for the insurance applicant or insured) of all the account(s) to which this form relates.)
3. ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลที่อยู่ในแบบฟอร์มนี้ และข้อมูลที่เกี่ยวกับข้าพเจ้าและบัญชีที่ต้องรายงาน อาจถูกส่งให้หน่วยงานทางภาษีของประเทศอื่น ที่ข้าพเจ้าอาจเป็นผู้มีคืนที่อยู่ทางภาษี ตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีทางการเงิน (I acknowledge that the information contained in this form and information regarding me and any Reportable Account(s) may be provided to exchanged with tax authorities of another country(ies) / jurisdiction (s) in which I may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.)
4. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ใดๆ ที่ส่งผลกระทบกับสถานภาพการมีคืนที่อยู่ทางภาษีของข้าพเจ้าตามที่แสดงในแบบฟอร์มนี้ หรือทำให้ข้อมูลที่อยู่ในแบบฟอร์มนี้คลายเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง และจะดำเนินการปรับปรุงตนเองและคำແດลงที่แก้ไขใหม่อีกครั้ง เมื่อเหมาะสมให้แก่ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ภายใน 30 วัน นับจากวันที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ดังกล่าว (I will advise Rabbit Life Insurance Public Company Limited of any change in circumstances which affects my tax residency status declared in this form or causes the information contained herein to become incorrect, and to provide Rabbit Life Insurance Public Company Limited with a suitably updated self certification and declaration within 30 days of such change in circumstances.)
5. ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าหากข้าพเจ้าเจ้าของสัมภានเป็นเด็ก ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัทมีสิทธิให้คุ้มครองเดียวในการรับผิดชอบสัมภានกับข้าพเจ้าตามที่บริษัทเห็นสมควร (I acknowledge and agree that in case of failure to comply, or provision of any false, inaccurate or incomplete information as to my status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with me or part of such relationship as the Company may deem appropriate.)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย (Signature of Insurance Applicant/Insured) :	ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้เข้าร่วมจาบกพร่อง ของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) ( Giving Consent as Legal Representative/ Legal Guardian of the Insurance Applicant/ Insured (In case the insurance applicant/insured is a minor) )
( วันที่ (Date) : .....	( วันที่ (Date) : .....



บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Rabbit Life Insurance Public Company Limited

## หนังสือให้ความยินยอมชำระเบี้ยประกันจากบัตรเครดิต

วันที่ ..... .

ข้าพเจ้า..... หมายเลขอุตสาหกรรม.....

เจ้าของบัตรเครดิตมีความประสงค์และยินยอมให้บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต

ของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันงวดต่ออายุปีที่ ..... งวดที่ ..... ของกรมธรรม์เลขที่ .....

ชื่อ - สมกุล ผู้เข้าประกันภัย.....

จำนวนเงินทั้งสิ้น ..... บาท (.....)

### ความสัมพันธ์เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้เข้าประกันภัย

บิดา / มารดา     สามี / ภรรยา     บุตร     พี่น้องร่วมสายโลหิต

ชื่อ - สมกุล เจ้าของบัตรเครดิต (ภาษาอังกฤษ).....

ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิต .....

ประเภทบัตรเครดิต  วีซ่า / Visa  มาสเตอร์การ์ด / Master Card  อื่นๆ / Other .....

หมายเลขอุตสาหกรรม.....

### มีความประสงค์ใช้สำหรับหักชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต

หักบัตรเครดิตครึ่งเดียว     หักบัตรเครดิตอัตโนมัติทุกงวด

ลงชื่อ ..... ผู้ถือบัตร

( ..... )

- บริษัทจะเก็บรวม ใช้ หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับจากท่าน (เจ้าของบัตรเครดิต) เพื่อเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยหรือคืนเงินค่าเบี้ยประกันภัย ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวสำหรับลูกค้าของบริษัทที่ปรากฏบน website [www.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th)
- การชำระเงินค่าเบี้ยประกันจะสมบูรณ์ต่อเมื่อ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้รับเงินครบถ้วนจากธนาคารหรือบิซิชัฟผู้ออกบัตรเครดิตให้แก่ข้าพเจ้าตามรายละเอียดที่ระบุไว้ข้างต้นขัดเจน และ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้ทำการออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ข้าพเจ้า

หมายเหตุ : กรณีที่บริษัทฯ มีเหตุอื่นที่ต้องมีการคืนเบี้ยประกัน บริษัทฯ จะดำเนินการคืนเงินผ่านบัตรเครดิตเท่านั้น