

สรุปเอกสารทั้งหมดของ Rabbit มีดังนี้

แบบชำระเวลา + ตลอดชีพ

1. ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ (ชนิดมีค่าถามสุขภาพอย่างละเอียด) (เซ็นชื่อมุล่งขวาทุกใบ)
2. หนังสือแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร
3. แบบฟอร์มการระบุตัวตนและพิสูจน์ทราบตัวตน และประเมินความเสี่ยงลูกค้า (กรณีผู้เอาประกันไม่ได้ชำระเบี้ยเอง ต้องกรอก 2 ใบ)
4. แบบฟอร์มขอความยินยอม Marketing Consent
5. แบบแจ้งสถานะผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (นอกเหนือจากไทยหรือสหรัฐอเมริกา)
6. ใบเสนอขาย (ระบุชื่อ-สกุลลูกค้า)
7. สำเนาบัตรประชาชน
8. สำเนานำหน้าบัญชี (กรณีต้องการรับผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ โดยการโอนเข้าบัญชี)
9. หลักฐานการชำระเบี้ย
 - ❖ เงินสด => สลิป / Pay-in
 - ❖ ดัดบัตรเครดิต => ฟอร์มดัดบัตรเครดิต / สำเนาบัตรประชาชน / สำเนานำหน้าบัตรเครดิต

* การชำระเบี้ย => ต้องเป็นชื่อผู้เอาประกัน หรือบุคคลที่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์ได้ (แนบสำเนาบัตรประชาชน+เอกสารมาด้วย)

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

=> สถานะอื่นๆ และคนละนามสกุลกับผู้เอาประกัน ต้องใช้เอกสารแสดงความสัมพันธ์



บริษัท แสบบิก ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Rabbit Life Insurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารสิน ถาวเวอร์ 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

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ

(ชนิดมีค่าถามสุขภาพอย่างละเอียด)

☐ แบบตรวจสุขภาพ ☐ แบบไม่ตรวจสุขภาพ

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัท

ผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... ชื่อหน่วย/ทีม.....Srikung..... ชื่อตัวแทน.....บลก.ศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์ รหัส.....59640.....
ใบอนุญาตเลขที่.....ข00002/2557.....

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ก. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ.....
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ.....
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันบัตรหมดอายุ.....
ชื่อภรรยา/สามี.....

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ และต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์คุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ให้กรอกรายละเอียดในข้อ 1 ข.

1 ข. ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....
ชื่อและนามสกุลเดิม.....ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ.....
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ.....
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันบัตรหมดอายุ.....
ชื่อภรรยา/สามี.....
อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ข. สถานที่ทำงาน.....อาคาร.....เลขที่.....หมู่ที่.....
ต.รอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
☐ ที่อยู่อื่น ๆ.....

3. อาชีพ

อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
ท่านใช้จักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

4. แบบประกันภัย..... ชนิด

มีเงินปันผล

ไม่มีเงินปันผล

ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก

ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค

นำไปชำระเบี้ยประกันภัย

คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม

ระยะเวลาเอาประกันภัย..... ปี

ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย..... ปี

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย

รายเดือน

ราย 3 เดือน

ราย 6 เดือน

รายปี

ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
สัญญาประกันชีวิต		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		

เบี้ยประกันภัยรวม..... บาท

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้..... บาท ชำระเป็น

เงินสด

โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่.....

ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร..... สาขา.....

อื่นๆ.....

ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราวเอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน) กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

คำถามข้อ 6 - 16 กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ และต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์คุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย คำถามนี้จะถามทั้งผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

6. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

มี ดังนี้

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย/ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผล บังคับหรือไม่
		ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		
ผู้ขอเอาประกันภัย						
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย						

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่เคย

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
ผู้ขอเอาประกันภัย			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่

ไม่เคย

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

เคย

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

Page 2 of 7

Version February 08, 2023

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

☐ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย ☐ เสพ/เคยเสพ ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

ผู้ขอเอาระกัณภัย โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์.....เสพมานาน.....ปี

ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์.....เสพมานาน.....ปี

☐ เลิกเสพเมื่อ..... ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

ผู้ขอเอาระกัณภัย โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี

ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี

☐ เลิกดื่ม เมื่อ..... ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

11. ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

☐ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย ☐ สูบ/เคยสูบ ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

ผู้ขอเอาระกัณภัย โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี

ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี

☐ เลิกสูบ เมื่อ..... ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

12. ส่วนสูง / น้ำหนัก ของผู้ขอเอาระกัณภัย

ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน

โปรดระบุน้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น.....กก. ☐ ลดลง.....กก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนสูง / น้ำหนัก ของผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน

โปรดระบุน้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น.....กก. ☐ ลดลง.....กก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาระกัณภัย และผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย (ถ้ามี)

13. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ

โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบ

โรคเอดส์ (HIV) โรคมีติเฟิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

☐ เป็น ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

(ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น)

โรค

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาระกัณภัย และผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย (ถ้ามี)

14. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

☐ เคยมี ☐ ผู้ขอเอาระกัณภัย ☐ ผู้ชำระเบี่ยะประกัณภัย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยฯ		ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยฯ	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยฯ
สายตาพิการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไต	<input type="checkbox"/>
โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/>
โรคต้อหิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>
โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเลือด	<input type="checkbox"/>
โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ดีซ่าน	<input type="checkbox"/>
โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ม้ามโต	<input type="checkbox"/>
โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>
โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>
โรควัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	การรักษา และการอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	การรักษา และการอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

15. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
☐ เคย/มี ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	การรักษา และการอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	การรักษา และการอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

16. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่ได้ระบุไว้ข้างต้น ☐ ไม่เคย ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	อาการ	วันเดือนปี ที่รับการปรึกษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	อาการ	วันเดือนปี ที่รับการปรึกษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

คำถามข้อ 17. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรงของผู้ขอเอาประกันภัย

17. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> หลดคลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> ผื่นคันเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท
<input type="checkbox"/> ไชนัสอักเสบ	<input type="checkbox"/> นิ่ว	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> ออติสติก	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ
<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน

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

18. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี)

.....

.....

.....

19. การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็น หรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่
 (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☐ ไม่มี ☐ มี

2. คำรับรอง

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

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

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

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันยินยอมแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.rabbitlife.co.th รวมทั้งรับทราบ ว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและ จะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.rabbitlife.co.th ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า บริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 5 คำเตือน

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับการกรรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หนังสือแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ในฐานะ ☐ ผู้เอาประกันภัย ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัย และเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) ของ..... มีความประสงค์ให้ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัทฯ) ดำเนินการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ เข้าบัญชีธนาคารที่แจ้งไว้นี้ โดยให้มีผลกับทุกกรมธรรม์ที่มีอยู่กับบริษัทฯ และให้ถือว่าบริษัทฯ ได้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยอย่างถูกต้องครบถ้วนแล้ว

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"/> ธนาคารทหารไทยธนชาติ	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"/> ธนาคารยูโอบี	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....
<input type="checkbox"/> ธนาคารอมสลิ	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....
<input type="checkbox"/> ธนาคารทีสโก้	ประเภทบัญชี <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน	เลขที่บัญชี.....

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการแจ้งความประสงค์ ดังต่อไปนี้

- 1) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือ สำเนา Bank Statement บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน หน้าที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของข้าพเจ้า พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- 2) สำเนาบัตรประชาชน (ด้านหน้า) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- 3) รูปถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชน หรือ รูปถ่ายหน้าตรงที่เป็นปัจจุบัน

* โปรด ชัดฆ่าทับ / ปกปิด / ลบ ข้อความ “**ศาสนา**” “**เชื้อชาติ**” “**หมู่เลือด**” ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชน จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการชัดฆ่าทับนั้น หากไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการชัดฆ่าทับ ข้อความ “**ศาสนา**” “**เชื้อชาติ**” “**หมู่เลือด**” แทนท่านได้ ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

หมายเหตุ 1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เป็นเช็คดังเดิม จนกว่าบริษัทฯ จะดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลเรียบร้อยแล้ว
2) กรณีที่ธนาคาร หรือบริษัทฯ เกิดเหตุขัดข้องไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีข้างต้นได้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็ค
3) บริษัทขอสงวนสิทธิในการเปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกการจ่ายผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร ซึ่งจะดำเนินการจ่ายเป็นเช็คแทน โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า
4) หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน
5) กรณีผู้เอาประกันภัยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัยลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
6) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คตามวิธีปกติให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว

ทั้งนี้ เป็นหลักฐานแห่งข้อตกลงข้างต้น ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย/ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัย
()

ลงชื่อ.....(พยาน)
()

ลงชื่อ.....(พยาน)
()

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

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)

☐ ทำการตรวจสอบข้อมูลการแสดงผลของลูกค้ายแล้ว มีข้อมูล ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

☐ เปรียบเทียบใบหน้าลูกค้า/ภาพใบหน้าลูกค้า กับบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัว

ประชาชนของลูกค้าแล้ว น่าเชื่อว่าลูกค้าเป็นเจ้าของข้อมูลจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้เอาประกันภัย หรือบิดา/มารดา/
ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เสนอขาย/เจ้าหน้าที่บริษัท

(.....) กรุณาเขียนชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง

หมายเหตุ : ผู้เสนอขาย หมายถึง ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต พนักงานธนาคาร พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัท

แบบฟอร์มขอความยินยอม
บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ” หรือ “เรา”) ตระหนักถึงความสำคัญของการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล จึงขอความยินยอมจากท่านในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่ได้รับจากท่านโดยตรงหรือจากแหล่งอื่น (สำหรับกรณีที่ไม่สามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นได้ นอกเหนือจากความยินยอม) เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

กรุณาทำเครื่องหมายถูก ☒ ลงในหน้าข้อความที่ท่านประสงค์จะให้ความยินยอม

ท่านให้ความยินยอมสำหรับวัตถุประสงค์ทางการตลาด

☐ เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสในการรับข้อเสนอเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เหมาะสมกับไลฟ์สไตล์ของท่าน สิทธิพิเศษในการเข้าร่วมกิจกรรม การส่งเสริมการขาย รวมถึงข่าวสารประชาสัมพันธ์ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และโปรโมชั่นที่คัดสรรสำหรับท่านโดยเฉพาะจากบริษัทฯ บริษัทในกลุ่มระบบนิเวศข้อมูลแรบบิท (Rabbit’s Data Ecosystem) และบริษัทในกลุ่ม BTS [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]

☐ ท่านไม่ให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติมได้จากนโยบาย ความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ [www.rabbitlife.co.th] และสามารถแจ้งยกเลิกการให้ความยินยอมข้างต้นเมื่อใดก็ได้ตามช่องทางด้านล่าง

ส่งจดหมายติดต่อได้ที่ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ที่อยู่ 175 อาคารสารสินธุ์ 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 หรือ อีเมล cs@rabbitlife.co.th

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

ลงชื่อ _____ เจ้าของข้อมูล
(_____) ตัวบรรจง

เบอร์โทรติดต่อ _____
วันที่ _____

แบบฟอร์มรับรองตนเองตาม CRS สำหรับลูกค้าบุคคลธรรมดา (CRS Self-Certification form for individual Customer)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประจำตัวและที่อยู่อาศัยทางภาษี / Part 1 Your identification and tax residence

ผู้ขอเอาประกันภัย (Insurance Applicant / Insured)	ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) (Legal Representative/ Legal Guardian)
คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล (Title, Name-Surname)	คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล (Title, Name-Surname)
เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง Citizen ID / Passport No	เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง Citizen ID / Passport No
เมืองที่เกิด (City/State of Birth)	เมืองที่เกิด (City/State of Birth)
ประเทศที่เกิด (ห้ามใช้ชื่อย่อ)(Country)	ประเทศที่เกิด (ห้ามใช้ชื่อย่อ)(Country)

- ☐ ข้าพเจ้า ไม่มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (ไปส่วนที่ 3) I am not a tax residence of any other country. (if tick, go to Part 3).
- ☐ ข้าพเจ้า มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่นนอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา (หากมี โปรดระบุข้อมูลในส่วนที่ 2 และ 3)
I am a tax residence of other country(ies) rather than Thailand or US. (If tick, please provide more information in Part 2 and Part 3)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางภาษี (Part 2 : Tax Information)

	ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Tax Residence	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID/TIN	เหตุผลที่ไม่มี Tax ID/TIN โปรดเลือกเหตุผล A,B,C จากรายการ If no Tax ID/TIN is unavailable, enter Reason A, B or C form below
ผู้ขอเอาประกันภัย (Insurance Applicant/Insured)	1.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Reason (B)
	2.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Reason (B)
ผู้แทนโดยชอบธรรม (Legal Representative/Legal Guardian)	1.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Reason (B)
	2.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Reason (B)

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้ If a TIN is unavailable, indicate which of the following reason is applicable :

- A – ประเทศที่ท่านต้องจ่ายภาษีเงินได้ในฐานะผู้มีถิ่นที่อยู่ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้ท่าน (The country where you are subject to income tax as a resident does not issue TINs.)
- 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))
- C – ไม่จำเป็นต้องมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี เนื่องจากประเทศที่เป็นถิ่นที่อยู่ทางภาษีที่ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีไม่ได้กำหนดให้สถาบันการเงินต้องเก็บรวบรวมและรายงานเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (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.)

ส่วนที่ 3 ยืนยัน (Part 3 : Declaration) ☐ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า I confirm that

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน I confirm that the above information is true, complete, accurate and current.
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าและบัญชีที่ต้องรายงาน อาจถูกเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านภาษีอากรของประเทศอื่นๆ ที่ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษี เพื่อให้เป็นไปตามความตกลงระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีทางการเงิน I acknowledge that the information contained in this form and information regarding me and any Reportable Account(s) may be provided to exchange with tax authorities of another country(ies) / jurisdiction(s) in which may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบ และนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หากมีการเปลี่ยนแปลงตามที่ได้แถลงไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือ ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่เป็นปัจจุบัน I agreed to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days, if there are any changes in circumstances that cause the provided information in this form to be incorrect, incomplete and not current.
- ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าหากข้าพเจ้านำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัทมีสิทธิใช้ดุลยพินิจฝ่ายเดียวในการยุติความสัมพันธ์กับ ข้าพเจ้าตามที่บริษัทเห็นสมควร I acknowledge and agree that in case of the information provided in this document is false, inaccurate or incomplete the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วจึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein and the Company's Privacy Policy by signing below.

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย (Insurance Applicant / Insured)	ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ) Giving Consent as Legal Representative/Legal Guardian (In case the insurance applicant/insured is a minor)
ลายมือชื่อ Signature :	
ชื่อ (ตัวบรรจง) Name :	
วันที่ Date :	



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว
ของบริษัท (Privacy Policy)

FM-CPA-005_Rev.01_Eff.1/11/2567

หนังสือให้ความยินยอมชำระเบี้ยประกันจากบัตรเครดิต

วันที่

ข้าพเจ้า.....หมายเลขโทรศัพท์.....

เจ้าของบัตรเครดิตมีความประสงค์และยินยอมให้บริษัท แสบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต

ของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันงวดต่ออายุปีที่ งวดที่ ของกรมธรรม์เลขที่

ชื่อ - สกุล ผู้เอาประกันภัย.....

จำนวนเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

ความสัมพันธ์เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้เอาประกันภัย

☐ บิดา/มารดา ☐สามี/ภรรยา ☐บุตร ☐พี่น้องร่วมสายโลหิต ☐อื่นๆโปรดระบุ.....

ชื่อ - สกุล เจ้าของบัตรเครดิต (ภาษาอังกฤษ).....

ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิต

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

หมายเลขบัตร บัตรหมดอายุ/.....

มีความประสงค์ใช้สำหรับหักชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต

☐ หักบัตรเครดิตครั้งเดียว ☐ หักบัตรเครดิตอัตโนมัติทุกงวด

**ทั้งนี้ โปรดแนบสำเนาบัตรเครดิตหน้าที่แสดงหมายเลขบัตรเครดิต เดือนปี (หมดอายุ) และ ชื่อ-สกุล ผู้ถือบัตรมาพร้อมกับหนังสือฉบับนี้



หรือลงทะเบียนเพื่อชำระเบี้ยประกัน
ผ่านระบบ iService โดยสแกน
QR Code

ลงชื่อ ผู้ถือบัตร
(.....)

- บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ หรือ เผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับจากท่าน (เจ้าของบัตรเครดิต) เพื่อเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยหรือคืนเงินเบี้ยประกันภัย ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวสำหรับลูกค้าของบริษัทที่ปรากฏบน website www.rabbitlife.co.th
- การชำระเงินค่าเบี้ยประกันนี้จะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อ บริษัท แสบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้รับเงินครบถ้วนจากธนาคารหรือบริษัทผู้ออกบัตรเครดิตให้แก่ข้าพเจ้า ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ข้างต้นชัดเจน และ บริษัท แสบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้ทำการออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ข้าพเจ้า

หมายเหตุ : กรณีที่บริษัทฯ มีเหตุอันต้องมีการคืนเบี้ยประกัน บริษัทฯ จะดำเนินการคืนเงินผ่านบัตรเครดิตเท่านั้น

เลขที่บัญชีสำหรับชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

ชื่อบัญชี “ บริษัท แสบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ”



*กรุณานำส่งหลักฐานการชำระเบี้ยประกัน ทางอีเมล: cashier@rabbitlife.co.th