

สรุปเอกสารทั้งหมดของ Rabbit มีดังนี้

แบบ PA

1. ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรมประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ช่องทางตัวแทนหรือนายหน้า (เซ็นชื่อมุมล่างขวาทุกใบ)
2. แบบฟอร์มการระบุตัวตนและพิสูจน์ทราบตัวตน และประเมินความเสี่ยงลูกค้า (กรณีผู้เอาประกันไม่ได้ชำระเบี้ยเอง ต้องกรอก 2 ใบ)
3. แบบฟอร์มขอความยินยอม Marketing Consent
4. แบบแจ้งสถานะผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (นอกเหนือจากไทยหรือสหรัฐอเมริกา)
5. สำเนาบัตรประชาชน
6. หลักฐานการชำระเบี้ย
 - ❖ เงินสด => สลิป / Pay-in
 - ❖ ดัดบัตรเครดิต => ฟอร์มดัดบัตรเครดิต / สำเนาบัตรประชาชน / สำเนานำบัตรเครดิต

* การชำระเบี้ย => ต้องเป็นชื่อผู้เอาประกัน หรือบุคคลที่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์ได้ (แนบสำเนาบัตรประชาชน+เอกสารมาด้วย)

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

=> สถานะอื่นๆ และคนละนามสกุลกับผู้เอาประกัน ต้องใช้เอกสารแสดงความสัมพันธ์



ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล ของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ 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 จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะส่งผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.rabbitlife.co.th รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.rabbitlife.co.th] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิต และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า บริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึง วัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

[] บิดา/มารดา [] ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



บริษัท แบริท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Rabbit Life Insurance Public Company Limited
สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารทาวเวอร์ ดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 โทร 2/1
ถนนสารสิน แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10120
Call Center 02 648 3600 Fax 02 648 3555 www.rabbitlife.co.th
ณ บัญชี/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. /Tax ID No. 0107555000465

สบายใจพร้อมลุย เมื่อมี พีเอ พร้อมท์ & พีเอ แม็กซ์



หน่วย : บาท

หน่วย : บาท

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง PA PROMPT	แผน 100,000	แผน 200,000	แผน 500,000	แผน 1,000,000	ผลประโยชน์ความคุ้มครอง PA MAX	แผน 200,000	แผน 500,000	แผน 1,000,000
1 ความคุ้มครองการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง					1 ความคุ้มครองการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง			
จากกรณีอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	500,000	1,000,000	จากกรณีอุบัติเหตุทั่วไป	200,000	500,000	1,000,000
จากกรณีถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	50,000	100,000	250,000	500,000	จากกรณีถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	250,000	500,000
จากกรณีขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	250,000	500,000	จากกรณีขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	250,000	500,000
					จากอุบัติเหตุสาธารณะ (รวมผลประโยชน์)	400,000	1,000,000	2,000,000
2 ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล/ครั้ง	10,000	20,000	50,000	100,000	2 ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล/ครั้ง	20,000	50,000	100,000
3 ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล					3 ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล	1,000	1,000	1,000
เบี้ยประกันสำหรับอายุรับประกันภัย 6 - 60 ปี					เบี้ยประกันสำหรับอายุรับประกันภัย 6 - 60 ปี			
เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 1	[] 600	[] 800	[] 1,900	[] 3,600	เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 1	[] 1,300	[] 2,400	[] 4,300
เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 2	[] 600	[] 1,200	[] 2,400	[] 4,500	เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 2	[] 1,700	[] 3,200	[] 5,500
เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 3	[] 1,050	[] 1,535			เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 3	[] 2,100		

เงื่อนไขการรับประกันภัย

- อายุรับประกันภัย 6 – 60 ปี
- ระยะเวลาเอาประกันภัย 1 ปี
- ชำระเบี้ยประกันรายปี

ตัวอย่างข้อยกเว้นทั่วไป กรณีที่บริษัทจะไม่คุ้มครอง

(1) การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ โดยคำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป (2) การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง (3) การแข่งรถ

ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย

โอนเงินเข้าบัญชีหรือส่งเช็คในนาม บริษัท แบริท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

*ทั้งนี้บริษัทไม่มีนโยบายรับชำระเบี้ยประกันภัยโดยเงินสด หรือการโอนเงินเข้าบัญชีของพนักงาน ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต

ข้อควรทราบ

- เอกสารฉบับนี้จัดทำเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ไม่ใช่วางส่วนใดของสัญญากรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยโปรดศึกษาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในสัญญากรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทออกให้
- ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการชำระเบี้ยประกันภัย การที่พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัย เป็นการให้บริการเท่านั้น
- พีเอ พร้อมท์ และ พีเอ แม็กซ์ เป็นชื่อทางการตลาดของ แบบประกัน กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

(ลงชื่อ).....

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทน.....

เลขที่ใบอนุญาต..... เบอร์ติดต่อ..... วัน/เดือน/ปี และเวลาเสนอขาย

กรุณานับหลักฐานแสดงตัว ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน
- กรณีผู้เยาว์ แนบเพิ่มสูติบัตร/ทะเบียนบ้าน

การจำแนกชั้นอาชีพ

การจำแนกชั้นอาชีพตามลักษณะของงานในอาชีพ พิจารณาถึงหน้าที่ที่ต้องทำในอาชีพนั้นๆ โดยแบ่งออกเป็น 4 ชั้น ดังนี้

ชั้นอาชีพ 1 ได้แก่ ผู้ที่ทำงานโดยลักษณะของงานไม่ต้องใช้กำลังกาย ประกอบอาชีพในสำนักงานหรือที่อยู่อาศัย เช่น เจ้าของบริษัท, พนักงานในสำนักงาน, นายธนาคาร ฯลฯ

ชั้นอาชีพ 2 ได้แก่ ผู้ที่ต้องปฏิบัติงาน หรือควบคุมงานภายนอกสำนักงาน หรือต้องออกตรวจตลาด ออกตรวจงาน รวมทั้งผู้ทำงานในสำนักงานแต่ต้องใช้กำลังกายบ้าง เช่น วิศวกร (ประจำสำนักงาน ไม่ออกพื้นที่), ช่างรังวัด, นักเคมี, ยามไม่พกอาวุธ ฯลฯ

ชั้นอาชีพ 3 ได้แก่ ผู้ที่ต้องปฏิบัติงานที่ต้องใช้กำลังกายมากกว่าผู้ที่อยู่ในชั้นอาชีพ 2 หรือลักษณะงานมีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น วิศวกร (ออกพื้นที่), ยามพกอาวุธ, ช่างซ่อมประปา, หัวหน้าคุมคนงานก่อสร้าง, คนขับรถแท็กซี่ ฯลฯ

ชั้นอาชีพ 4 ได้แก่ ผู้ที่ต้องใช้กำลังกาย หรือใช้เวลาอยู่กลางแจ้งมาก หรือลักษณะงานมีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น บุรุษไปรษณีย์ (ใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะ), เจ้าหน้าที่จราจรทางด่วน, เกษตรกร (ลงมือทำ) ฯลฯ

เลขที่บัญชีสำหรับชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต ชื่อบัญชี "บริษัท แบริท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)"

ธนาคารกรุงไทย สำนักสลิ้ม เลขที่บัญชี 001-2-26659-8

ธนาคารกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ เลขที่บัญชี 101-7-36375-3

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเพลินจิตเซ็นเตอร์ เลขที่บัญชี 216-2-03920-6

ธนาคารทหารไทยธนชาติ สาขาสลิ้ม เลขที่บัญชี 118-1-05179-6

Version 01/03/2024



บริษัท แบริท ไลฟ์ อินซัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
Rabbit Life Insurance Public Company Limited
สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารพาณิชย์ ถาวโร 6 ชั้น 1/1 และ 2/1
ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10120
Call Center 02 648 3600 Fax: 02 648 3555 www.rabbitlife.co.th
ทะเบียนบริษัท/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. /Tax ID No. 0107555000465

ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (แบบสั้น)

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ _____ ชื่อตัวแทน _____ รหัสตัวแทน _____ ทีม _____

ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี
ความสูง _____ (ซม.) น้ำหนัก _____ (กก.) หมายเลขโทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ หนังสือเดินทาง ☐ อื่น ๆ _____
เลขที่ _____ วันหมดอายุ _____ สัญชาติ _____
อาชีพปัจจุบัน _____ ลักษณะงาน/ตำแหน่งงาน _____ รายได้รวมต่อปี _____ บาท ชั้นอาชีพ _____
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____
สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อื่น ๆ ระบุ _____

ผู้รับผลประโยชน์

- ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ ผลประโยชน์ _____ %
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
- ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ ผลประโยชน์ _____ %
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
- ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ ผลประโยชน์ _____ %
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
- ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ ผลประโยชน์ _____ %
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
- ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ ผลประโยชน์ _____ %
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

แบบประกัน

ข้อตกลงความคุ้มครอง	จำนวนเงิน เอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)		
		ชั้นอาชีพ 1	ชั้นอาชีพ 2	ชั้นอาชีพ 3
PA Prompt	100,000	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 1,050
	200,000	<input type="checkbox"/> 800	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 1,535
	500,000	<input type="checkbox"/> 1,900	<input type="checkbox"/> 2,400	-
	1,000,000	<input type="checkbox"/> 3,600	<input type="checkbox"/> 4,500	-
PA Max	200,000	<input type="checkbox"/> 1,300	<input type="checkbox"/> 1,700	<input type="checkbox"/> 2,100
	500,000	<input type="checkbox"/> 2,400	<input type="checkbox"/> 3,200	-
	1,000,000	<input type="checkbox"/> 4,300	<input type="checkbox"/> 5,500	-

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ _____ บาท
ชำระโดย ☐ บัตรเครดิต ☐ โอนเงินเข้าบัญชีบริษัท เลขที่ _____
ธนาคาร _____ บัตรหมดอายุ (กรณีบัตรเครดิต) _____
เมื่อวันที่ _____
กรณีชำระเบี้ยประกันภัย
☐ รายเดือน เริ่มต้นวันที่ _____ กรรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรรมธรรม์ประกันภัยรายเดือน
ต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรรมธรรม์ประกันภัย
☐ รายปี เริ่มต้นวันที่ _____ สิ้นสุดวันที่ _____

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษว่าเป็นโรคต่อไปนี้ โรคลมชัก ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง อวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการทางร่างกาย ความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหู โรคทางจิตเวช หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย

การแจ้งความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากร
กำหนดและหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____
☐ ไม่มีความประสงค์

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

(.....) (.....) (.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/
นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

☐ ตัวแทน ☐ นายหน้าประกันภัยรายนี้ _____ ใบอนุญาตเลขที่ _____

เขียนที่ _____ วันที่ _____

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 (ห้ามใช้อักษรย่อ)(Country)	ประเทศที่เกิด (ห้ามใช้อักษรย่อ)(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 เนื่องจากประเทศที่เป็นถิ่นที่อยู่ทางภาษีได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีไม่ได้กำหนดให้สถาบันการเงินต้องเก็บรวบรวมและรายงานเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (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) ได้รับเงินครบถ้วนจากธนาคารหรือบริษัทผู้ออกบัตรเครดิตให้แก่ข้าพเจ้าตามรายละเอียดที่ระบุไว้ข้างต้นชัดเจน 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