

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน

- ค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง การสูญเสียอวัยวะ สายตา (TPD/AI/ADD/PA)
การยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP)
 - ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง การสูญเสียอวัยวะ สายตา (TPD/AI/ADD/PA)
การยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP) ต้นฉบับ (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
 - ☐ ใบแสดงความเห็นแพทย์รับรองอาการทุพพลภาพ ต้นฉบับ (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
 - ☐ หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ต้นฉบับ
 - ☐ สำเนาบัตรประชาชน* พร้อมลงนามรับรองเอกสาร
 - ☐ ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชน
 - ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
 - ☐ อื่นๆ เช่น ภาพถ่ายอาการปัจจุบัน, สำเนาประวัติการรักษา, फिल्मเอกซเรย์ (กรณีสูญเสียอวัยวะ)

เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องส่งเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี

- ☐ กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง
- ☐ หลักฐานประกอบอื่นๆ เช่น ในกรณีอุบัติเหตุที่มีการจ่ายชดเชย 2 เท่า ถ้ามีตัวรถโดยสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้โดยสารจริงและได้เดินทางไปกับพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ

บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

หมายเหตุ

1. รายการเอกสารที่นำส่งบริษัทฯ หากเอกสารเป็นสำเนา ต้องลงนามรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ
2. หากท่านประสงค์ขอรับเงินโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
3. กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง

* โปรด ชิดฆ่าทับ/ปกปิด/ลบ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชน จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการขีดทับนั้นหากไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการขีดฆ่าทับ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” แทนท่านได้

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร:: ฝ่ายพิจารณาสินไหม บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชั่นารี ปาร์ค – เซอร์ ทาวเวอร์ ชั้นที่ 23 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

☎ หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ Call Center โทร 02-648-3600, LINE: @rabbit_life หรือ E-mail: cs@rabbitlife.co.th
ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันศุกร์ 08.00 – 17.00 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

CLA_07072025

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

(หน้า A)

การสูญเสียอวัยวะ สายตา (TPD/AI/ADD/PA) การยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP)

1. รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย 1) ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย _____ กรมธรรม์เลขที่ _____ ☐ Individual Insurance ☐ Group Insurance อายุ _____ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ เลขที่ _____ สถานที่ติดต่อปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก _____ อีเมล _____ สถานที่ทำงาน _____ อาชีพ/ลักษณะงาน _____ ประกันกับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อบริษัทและเลขที่กรมธรรม์) _____ ท่านประสงค์รับเงินสินไหมโดย ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร _____ เลขที่บัญชี _____ (พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร) ☐ ขอรับเป็นเช็ค ที่อยู่ในการจัดส่ง _____ (ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับบุรุษไปรษณีย์)																																																
2. รายละเอียดการทุพพลภาพ วันที่เริ่มทุพพลภาพ _____ วันที่ท่านต้องหยุดทำงานทั้งหมด _____ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____ สาเหตุการทุพพลภาพ _____ ลักษณะ/อาการการทุพพลภาพ _____ วันที่แพทย์วินิจฉัยว่าทุพพลภาพ _____ ชื่อแพทย์ผู้วินิจฉัยว่าทุพพลภาพและชื่อสถานพยาบาล _____ ท่านสามารถประกอบอาชีพอื่นๆ นอกเหนือจากอาชีพประจำได้หรือไม่ ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ ถ้าได้โปรดระบุรายละเอียดอาชีพ _____																																																
3. รายละเอียดการรักษา <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">ชื่อแพทย์</th> <th style="width: 20%;">ชื่อสถานพยาบาล</th> <th style="width: 10%;">ตั้งแต่วันที่</th> <th style="width: 10%;">จนถึงวันที่</th> <th style="width: 40%;">การรักษาที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> ขณะนี้ยังทำการรักษาอยู่หรือไม่ ถ้ายังคงรักษาโปรดระบุวิธีการรักษา _____					ชื่อแพทย์	ชื่อสถานพยาบาล	ตั้งแต่วันที่	จนถึงวันที่	การรักษาที่ได้รับ																																							
ชื่อแพทย์	ชื่อสถานพยาบาล	ตั้งแต่วันที่	จนถึงวันที่	การรักษาที่ได้รับ																																												
4. การดำเนินกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">รายละเอียด</th> <th style="width: 10%;">ทำเองไม่ได้เลย</th> <th style="width: 10%;">ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ</th> <th style="width: 10%;">ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย</th> <th style="width: 10%;">ทำได้เอง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ความสามารถในการลุกนั่งจากที่นั่งนอน หรือลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>2.ความสามารถในการเดิน หรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>3.ความสามารถในการสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>4.ความสามารถในการอาบน้ำ</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>5.ความสามารถในการดื่ก/หยิบอาหารรับประทาน</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>6.ความสามารถในการใช้ห้องน้ำและทำความสะอาดหลังขับถ่าย</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>ข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติม</td> <td colspan="4"> </td> </tr> </tbody> </table> ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอรับรองว่า แบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบดีว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้ ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน) วันที่ _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์) วันที่ _____ </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____) </td> <td style="vertical-align: top;"> ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____) </td> </tr> </table> หมายเหตุ : 1. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์ พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ 2. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ (ระบุข้างใด) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน					รายละเอียด	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ	ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย	ทำได้เอง	1.ความสามารถในการลุกนั่งจากที่นั่งนอน หรือลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้	☐	☐	☐	☐	2.ความสามารถในการเดิน หรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน	☐	☐	☐	☐	3.ความสามารถในการสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า	☐	☐	☐	☐	4.ความสามารถในการอาบน้ำ	☐	☐	☐	☐	5.ความสามารถในการดื่ก/หยิบอาหารรับประทาน	☐	☐	☐	☐	6.ความสามารถในการใช้ห้องน้ำและทำความสะอาดหลังขับถ่าย	☐	☐	☐	☐	ข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติม					ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน) วันที่ _____	ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์) วันที่ _____	ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)	ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)
รายละเอียด	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ	ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย	ทำได้เอง																																												
1.ความสามารถในการลุกนั่งจากที่นั่งนอน หรือลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้	☐	☐	☐	☐																																												
2.ความสามารถในการเดิน หรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน	☐	☐	☐	☐																																												
3.ความสามารถในการสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า	☐	☐	☐	☐																																												
4.ความสามารถในการอาบน้ำ	☐	☐	☐	☐																																												
5.ความสามารถในการดื่ก/หยิบอาหารรับประทาน	☐	☐	☐	☐																																												
6.ความสามารถในการใช้ห้องน้ำและทำความสะอาดหลังขับถ่าย	☐	☐	☐	☐																																												
ข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติม																																																
ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน) วันที่ _____	ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์) วันที่ _____																																															
ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)	ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)																																															

CLA_07072025

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมา ในครั้งนี้ หรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ประวัติการรักษาพยาบาล และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ (แล้วแต่กรณี) ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัท ฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใด ๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้ และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท ฯ แล้วที่ www.rabbitlife.co.th

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม : _____
(_____)

ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____

(กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน)

วันที่ _____

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม : _____
(_____)

ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย

ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____

(กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์

ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์)

วันที่ _____

ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง
(_____)

ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง
(_____)

หมายเหตุ : 1. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์ พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

2. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ (ระบุว่าเป็นข้างใด) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

CLA_07072025

โปรดกรอรายละเอียดและลงนามให้ครบทั้ง 2 หน้า

หน้า B/B

ใบแสดงความเห็นแพทย์รับรองอาการทุพพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะ สายตา

รายละเอียดของผู้ป่วย	
ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย	บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
ผู้ป่วยปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรกเมื่อ	อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง HN. AN.
การวินิจฉัยโรค	โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่มี
วันที่วินิจฉัยว่าเป็นทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร	ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ จนถึง ที่สถานพยาบาล
ก. การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ	
1. ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี (Full Consciousness) ☐ สับสน (Confusion) ☐ ง่วง ซึม (Drowsiness) ☐ ไม่รู้สึกตัว แต่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Semi - coma) ☐ ไม่รู้สึกตัว และไม่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Coma)	
2. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	
2.1 อาบน้ำ ☐ สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
2.2 แต่งตัว ☐ สามารถสวมหรือถอดเสื้อ กางเกง ได้เอง ☐ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
2.3 ทานอาหาร ☐ สามารถทานอาหารเองได้ ☐ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
2.4 ขับถ่าย ☐ สามารถควบคุมระบบขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะได้ ☐ ไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่ายได้	
2.5 การเคลื่อนย้าย ☐ สามารถเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้เอง ☐ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
3. ความสามารถในการมองเห็น ☐ ดวงตามองเห็นได้ทั้ง 2 ข้าง ☐ ดวงตาบอดสนิท 1 ข้าง คือ ข้าง ☐ ดวงตาบอดสนิท มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง ☐ อื่นๆ	
4. ความสามารถในการใช้มือและแขน ☐ ใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ทั้ง 2 ข้าง ☐ ไม่สามารถใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ 1 ข้าง คือ ข้าง ☐ ใช้มือและแขนทำกิจวัตรไม่ได้เลย ทั้ง 2 ข้าง ☐ อื่นๆ	
5. ความสามารถในการยืนและเดิน ☐ สามารถทรงตัวได้ และสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นช่วยเหลือ ☐ ไม่สามารถทรงตัวได้ และไม่สามารถลุกขึ้นยืน หรือเดินได้เอง	
6.สติปัญญา / พฤติกรรม ☐ เหมือนคนปกติ ☐ ผิดปกติ โปรดระบุรายละเอียด	
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา ☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม ☐ มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา ☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้	
8. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ ☐ สามารถประกอบอาชีพประจำ หรืออาชีพอื่นได้ เช่น ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้ ตั้งแต่	
ข. ผลการประเมิน	
1. สมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ แขน ขา ชนิดของการทุพพลภาพ (Type of Disabilities) ☐ ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว ☐ ทุพพลภาพบางส่วนถาวร ☐ ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร	
2. ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่ ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก และต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้มาก อาจต้องการคนคอยแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถถอยรถออกจากบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือ เข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการประกอบอาชีพ หรือเข้าสู่สังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการประกอบอาชีพ หรือเข้าสู่สังคมได้เพียงคนปกติ ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถถอยรถออกจากบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสู่สังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการประกอบอาชีพ หรือเข้าสู่สังคมได้เพียงคนปกติ ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถถอยรถออกจากบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสู่สังคมได้เพียงคนปกติ	
3. ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสภาพ หรือหายจากทุพพลภาพได้หรือไม่ ☐ มีโอกาสหายได้ เนื่องจาก ☐ ยังสรุปไม่ได้ เนื่องจาก ☐ ไม่มีโอกาสหายจากการทุพพลภาพ เนื่องจาก	
4. ความทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนี้ เป็นผลโดยตรงมาจากสาเหตุใด	
ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ คุณวุฒิ ประจำโรงพยาบาล/สถานพยาบาล ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายงานแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ	
(โปรดประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ แพทย์ผู้รักษา (วันที่	

CLA_07072025

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ _____

วันที่ _____

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี
บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
เลขประจำตัวประชาชน _____ หรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่น ๆ ของ _____ เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท ขอคัด หรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณาขอใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือเงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์ และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายโดยให้หนังสือฉบับนี้มีผลใช้บังคับจนกว่าจะขอใช้เงินตามสัญญาประกันภัยฉบับนี้ให้ความยินยอมนี้แล้วเสร็จ เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

หมายเหตุ :

- ถ้าผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (เขียนระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้มีพยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน
 - หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิของแผนกพิจารณารับประกันภัยและสินไหม **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ใช้ได้เฉพาะผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ
- ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

CLA_07072025