

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน (Living Claim)

- **ค่าสินไหมทดแทนกรณีบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุ (AI/ADD/PA)**
 - ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Living Claim) **ต้นฉบับ** (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
 - ☐ ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ) หรือใบรับรองแพทย์ ที่ต้องระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
 - ☐ สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล หรือใบสรุปหน้างบค่ารักษาพยาบาล
 - ☐ หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา **ต้นฉบับ**
 - ☐ สำเนารายงานประจำวันเกี่ยวกับคดี/ใบสรุปสำนวนคดี (กรณีอุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายร่างกาย)
 - ☐ สำเนาบัตรประชาชน* พร้อมลงนามรับรองเอกสาร
 - ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
 - ☐ ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชน

บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

หมายเหตุ

1. รายการเอกสารที่นำส่งบริษัท ฯ หากเอกสารเป็นสำเนา ต้องลงนามรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ
2. หากท่านประสงค์ขอรับเงินโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร **โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร**
3. กรณีเบิกจากบริษัทประกันร่วม ต้นสังกัด หรือสวัสดิการอื่น ขอให้จัดส่งใบเสร็จต้นฉบับที่ประทับตรารับรองการอนุมัติจ่าย พร้อมทั้งแนบรายการหรือใบแสดงรายการที่สวัสดิการอื่นๆ ได้จ่ายเงินแล้วประกอบทุกครั้ง ซึ่งทางบริษัทฯ จะจ่ายเพิ่มเฉพาะส่วนของผลต่างที่อยู่ภายใต้ผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์

4. กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง

5. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ โปรดดูรายการเอกสารได้ที่หน้าถัดไป

* โปรด ชิดฆ่าทับ/ปกปิด/ลบ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชน จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการชิดฆ่าทับนั้น หากไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการชิดฆ่าทับ 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

กรณีที่มีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์

ผู้เยาว์อายุน้อยกว่า 10 ปี
1. สำเนาสูติบัตรของผู้เยาว์ 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เยาว์ 3. สำเนาบัตรประชาชน* ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม 4. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครองผู้เยาว์) 5. ภาพถ่ายหน้าตรงของผู้เยาว์ 6. ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชนของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม สำเนาเอกสารของผู้เยาว์ต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

ผู้เยาว์อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป
1. สำเนาบัตรประชาชน* ของผู้เยาว์ 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เยาว์ 3. สำเนาบัตรประชาชน* ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม 4. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครองผู้เยาว์) 5. ภาพถ่ายหน้าตรงของผู้เยาว์ 6. ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชนของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม สำเนาเอกสารของผู้เยาว์ต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

* โปรด ชัดฆ่าทับ/ปกปิด/ลบ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชน จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการชัดฆ่าทับนั้น หากไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัท ฯ ดำเนินการชัดฆ่าทับ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” แทนท่านได้

ผลประโยชน์

- ☐ ค่าชดเชยรายวันกรณีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (HIB/Day Surgery/HAB/PAHAB)
☐ ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากเจ็บป่วยหรือจากอุบัติเหตุ (HS/Day Surgery/HP/ME/PAME/OPD/HSM)
☐ ค่าสินไหมทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ (AI/ADD) ☐ อื่น ๆ _____

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้อง (เพื่อเป็นการรักษาสภาพประโยชน์ของท่านกรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์)

1) ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย _____ กรมธรรม์เลขที่ _____ ☐ Individual Insurance ☐ Group Insurance
อายุ _____ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ ☐ อื่นๆ _____ เลขที่ _____
สถานที่ติดต่อปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก _____ อีเมล _____
สถานที่ทำงาน _____ อาชีพ/ลักษณะงาน _____
กรณีผู้เรียกร้องสินไหมเป็นผู้เยาว์ กรุณาระบุชื่อผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม _____ ความสัมพันธ์ _____
มีประกันกับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อบริษัทและเลขที่กรมธรรม์) _____
ท่านประสงค์รับเงินสินไหมโดย ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร _____ เลขที่บัญชี _____ (พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)
☐ ขอรับเป็นเช็ค ที่อยู่ในการจัดส่ง _____ (ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับบุรุษไปรษณีย์)

2) การเรียกร้องสินไหมครั้งนี้แบบ ☐ ผู้ป่วยใน(IPD) ☐ ผู้ป่วยนอก(OPD-ER) ☐ Day Surgery ☐ ICU สาเหตุของการเรียกร้องเนื่องจาก
กรณีเจ็บป่วย : อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย _____ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ _____
เรียกร้องสินไหมด้วยโรค _____
กรณีอุบัติเหตุ: วันที่เกิดเหตุ _____ เวลา _____ สถานที่เกิดเหตุ _____
สาเหตุของการบาดเจ็บหรือเหตุการณ์ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น _____
ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ และลักษณะการบาดเจ็บหรือบาดแผล (โดยละเอียด) _____
มีการแจ้งความหรือไม่, ☐ ไม่ได้แจ้ง เนื่องจาก _____ ☐ แจ้งเมื่อวันที่ _____ ที่สถานีตำรวจ _____ (กรุณแนบเอกสาร)
ท่านได้มีการหยุดงานหรือไม่/กี่วัน : ☐ ไม่ ☐ หยุด _____ วัน ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____ (หากมีใบลางาน/หนังสือรับรองการหยุดงาน กรุณแนบด้วย)

3) สำหรับการเรียกร้องครั้งนี้ ท่านเคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคยรักษาที่ _____ เมื่อวันที่ _____
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลท่านได้ ☐ ชำระเงินเอง ☐ ใช้สิทธิ _____ ผ่านโรงพยาบาลไปแล้ว เป็นเงิน _____ บาท (กรุณแนบหลักฐาน)

4) ข้อมูลการรักษา (กรุณาระบุอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เป็นเหตุของการเรียกร้องสินไหม และสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา)

คำวินิจฉัยแพทย์	ชื่อสถานพยาบาล และชื่อแพทย์ที่ปรึกษา	วันที่รับการรักษา และระยะเวลาที่รับการรักษา	การรักษาที่ได้รับ

5) อาการหรือความบาดเจ็บในปัจจุบัน _____

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอรับรองว่า แบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบดีว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้
ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน) วันที่ _____	ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ 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 (ระบุว่าเป็นขี้ไคล) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

CLA_07072025

โปรดกรอรายละเอียดและลงนามให้ครบทั้ง 2 หน้า

หน้า A/B

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 ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

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

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัท ฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใด ๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้ และอาจมีผลกระทบต่อการใช้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของ บริษัท ฯ แล้วที่ www.rabbitlife.co.th

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติ ตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของ บริษัทได้ที่ 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 (ระบุข้างใด) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

CLA_07072025

โปรดกรอกรายละเอียดและลงนามให้ครบทั้ง 2 หน้า

หน้า B/B

ส่วนที่ 2 กรอกโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา (Attending Physician Statement) Hospital Name :

ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (Medical certification)

Patient's Name: _____ ID No. _____ HN : _____ AN : _____ Age _____ year(s) Sex : ☐ Male ☐ Female
Admission Date : _____ Time : _____ Discharge Date : _____ Time : _____ Consultation Date : _____

1. For Illness ☐ IPD ☐ ICU ☐ Day Surgery ☐ OPD ☐ Other(s) _____ a) Date you first saw this patient for this illness : _____ _____ b) Chief complaint and duration of symptom(s) : _____ _____ _____ _____	2. For Injury ☐ IPD ☐ ICU ☐ OPD ☐ Other(s) _____ a) Date of injury : _____ Time : _____ b) Cause of injury : _____ c) Details of injury : _____ d) Did you smell alcohol from the patient? ☐ No ☐ Not known ☐ Yes, blood alcohol test (if any) = _____ mg% e) Level of consciousness ☐ Normal ☐ Confusion ☐ Drowsiness ☐ Semi-coma ☐ Coma f) Estimated time for recovery : _____
--	--

3. Did the patient need to be admitted to hospital? ☐ No ☐ Yes, indication for admission : _____

4. Vital signs : BT _____ C PR _____ /min RR _____ /min BP _____ mmHg

5. Pertinent Clinical findings (Signs & Symptoms) : _____

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X - ray, etc.) : _____

7. HIV Test () No () Yes, Result : _____ Date performed : _____

8. Underlying disease : _____

9. Diagnosis 1 : _____ ICD10-TM : _____

Diagnosis 2 : _____ ICD10-TM : _____

Diagnosis 3 : _____ ICD10-TM : _____

10. Treatment : _____

Adjusted RW	

11. Surgery/Operation : _____ ICD9-CM : _____ Date performed : _____

Anaesthesia Type : ☐ General Anaesthesia ☐ Spinal Anaesthesia ☐ Local Anaesthesia ☐ Others : _____

12. Pathological report : _____

13. Complications (if any) : _____

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ☐ No ☐ Yes, please specify _____

15. For Female: Is the patient pregnant? ☐ No ☐ Yes, gestational age _____ weeks

Was the treatment related to infertility? () No () Yes, please specify _____

16. Has patient ever been treated by another doctor before? ☐ No ☐ Yes, please give name and address _____

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly ☐ No ☐ Yes

b) Degenerative change(s) ☐ No ☐ Yes

18. Others past medical history

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Hospital Name

19. Other comments about the injury / illness : _____

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature _____

Medical specialty: _____

Thai Medical license no: _____

(_____)

Tel no: _____

Date : _____

Medical institute: _____

Address: _____

[Hospital Stamp]

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Thai Medical Council.

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 หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายโดยให้หนังสือฉบับนี้มีผลใช้บังคับจนกว่าจะขอใช้เงินตามสัญญาประกันภัยฉบับนี้ด้วยความยินยอมนี้แล้วเสร็จ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

หมายเหตุ :

1. ถ้าผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (เขียนระบุว่าลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้มีพยานลงชื่อน้อย 2 คน
 2. หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิของแผนกพิจารณาประกันภัยและสินไหม **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** ใช้ได้เฉพาะผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ
- ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

CLA_07072025