

ใบคำขอร้องขอเปลี่ยนแปลง และใช้สิทธิตามกฎหมาย

วันที่.....	ชื่อเจ้าหน้าที่ / ตัวแทน (ผู้รับเรื่อง).....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....	สาขา/สำนักงาน.....
ชื่อผู้เอาประกันภัย.....	รหัสตัวแทน.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ.....	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ.....
อีเมล (โปรดระบุ).....	เปลี่ยนแปลง ☐ ก่อน ออกกรมธรรม์ ☐ หลัง ออกกรมธรรม์

ส่วนที่ 1 : การขอเปลี่ยนแปลง

1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกัน จากเดิม เป็น.....

2. ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ยประกัน จากเดิม เป็น.....

3. เปลี่ยนแปลงลายมือ (เดิม).....ลายมือชื่อ (ใหม่).....

4. เปลี่ยนแปลง วัน เดือน ปี เกิด ที่ถูกต้องเป็นอายุ.....

5. สถานภาพจาก (เดิม).....(ใหม่).....

6. ขอเปลี่ยนแปลงอาชีพ จาก.....เป็นอาชีพ.....

7. ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อจากเดิม เป็น ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....

ครอบครัว / ซอย.....ถนน.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....อีเมล.....

โทรศัพท์(บ้าน).....โทรศัพท์ (มือถือ).....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

8. ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จากเดิมเป็น *กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ทุกคน

1).....ความสัมพันธ์.....ร้อยละ.....

ที่อยู่.....

2).....ความสัมพันธ์.....ร้อยละ.....

ที่อยู่.....

3).....ความสัมพันธ์.....ร้อยละ.....

ที่อยู่.....

4).....ความสัมพันธ์.....ร้อยละ.....

ที่อยู่.....

9. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

.....

.....

เอกสารประกอบ ส่วนที่ 1

ข้อ.1-6

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้เอา
ประกัน

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ชำระเบี้ย

☐ สำเนาใบเปลี่ยน ชื่อ-สกุล

ข้อ.8

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้เอา
ประกัน

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับ
ผลประโยชน์

ส่วนที่ 2 : การขอเปลี่ยนแปลงใช้สิทธิตามกรมธรรม์

10. ขอเปลี่ยนแปลงงวดการชำระเบี้ยประกัน ☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน

11. ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินที่จ่ายคืนตามกรมธรรม์

☐ ขอรับเป็นเช็ค ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (พร้อมแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร)

12. ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย

☐ เป็นแบบ กรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ (RPU)

☐ เป็นแบบ กรมธรรม์ขยายระยะเวลา (ETI)

13. ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย

☐ ลด จำนวนเงินเอาประกันภัย เป็น..... บาท

14. ขอเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติม

☐ ชื่อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

☐ ชื่อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

☐ ชื่อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

☐ ชื่อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

☐ ชื่อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

☐ ชื่อเพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

เอกสารประกอบ ส่วนที่ 2

ข้อ. 10 - 12

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกัน

☐ สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร

ข้อ.13 - 14

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกัน

*กรณีขอชื่อเพิ่มโปรดกรอกคำถาม

ข้อ 15, 16, 16 - 26

15. ภายในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพ หรือการตรวจ

เพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอกซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การ

ตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการ

ผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ ผู้ขอเอาประกันภัย

☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

☐ ผู้ขอเอาประกันภัย

☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย/ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค / ตรวจอะไร	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการ รักษาตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ	สถานพยาบาล/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้ขอเอาประกันภัย				
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				

16. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

- ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
☐ เคย/มี ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ย	โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ย	โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ย
สาวยตาพิการ	☐	☐	โรคความดันโลหิตสูง	☐	☐	โรคไต	☐	☐
โรคจอประสาทตา	☐	☐	โรคหัวใจ	☐	☐	โรคข้ออักเสบ	☐	☐
โรคคอหิณ	☐	☐	โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	☐	☐	โรคเก๊าท์	☐	☐
โรคหลอดเลือดในสมอง	☐	☐	โรคหลอดเลือด	☐	☐	โรคเอสแอลอี	☐	☐
โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	☐	☐	โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐	☐	โรคเลือด	☐	☐
โรคพาร์กินสัน	☐	☐	โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐	☐	คีซ่าน	☐	☐
โรคความจำเสื่อม	☐	☐	โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐	☐	ม้ามโต	☐	☐
โรคชัก	☐	☐	โรคตับอ่อนอักเสบ	☐	☐	โรคเบาหวาน	☐	☐
โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☐	☐	โรคหั่นแข็ง	☐	☐	โรคไทรอยด์	☐	☐
โรควัณโรค	☐	☐	โรคค่อม น้ำเหลืองใส	☐	☐	โรคมะเร็ง	☐	☐
โรคหอบหืด	☐	☐	เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	☐	☐	โรคจิต	☐	☐
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	☐	☐	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐	☐	โรคระบบประสาท	☐	☐
โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐	พิการทางร่างกาย	☐	☐	คาวนชินโดรม	☐	☐
โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	☐	☐	โรคของต่อมไค้สมอง	☐	☐	โรคถุงน้ำในไต	☐	☐
โรคไขมันในเลือดสูง	☐	☐	โรคของต่อมหมวกไต	☐	☐	โรคนิ้ว	☐	☐
โรคเม็ดคิเฟิลสเคลอโรซิส	☐	☐	โรคไส้อักเสบบเรื้อรัง	☐	☐	โรคต่อกระดูก	☐	☐
โรคสมองและเนื้อหุ้มสมอง	☐	☐	โรคไข้รูมาติก	☐	☐	โรคโลหิตจาง	☐	☐
โรคถุงลมโป่งพอง	☐	☐	โรคซึมเศร้า	☐	☐			

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรงของผู้ขอเอาประกันภัย

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

.....

.....

.....

คำถามข้อ 18– 25 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยเกี่ยวกับบันทึกสัปดาห์ ขยายความคุ้มครองการรักษาพยาบาลด้านจิตเวชของ

ผู้ขอเอาประกันภัย

18. ท่านได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ หรือเคยมีอาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ดังต่อไปนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ โรควิตกกังวล หรือกลุ่มอาการกังวลเนื่องจากความกลัว รวมถึงภาวะวิตกกังวลทั่วไป ภาวะวิตกกังวลเมื่อต้องปรับตัวหลังการสูญเสีย ภาวะตื่นตระหนก ☐ โรคสมาธิสั้นหรือโรคออทิสติก ☐ โรคจิตเภท หรือโรคจิตอื่น ๆ ☐ กลุ่มบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality Disorder) ☐ กลุ่มอาการผิดปกติของพฤติกรรมการกิน รวมถึง โรคอะนอร์เร็กเซีย (Anorexia Nervosa) โรคนิวลิเมีย (Bulimia) ☐ โรคสะเทือนใจหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (PTSD - Post-Traumatic Stress Disorder)	☐ กลุ่มโรคซึมเศร้า รวมถึงโรคซึมเศร้า (Major Depression) ภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ☐ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar Disorder) ☐ โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Disorder) ☐ โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ หรือภาวะสมองเสื่อมอื่น ๆ ☐ การติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือมีการเสพสารเสพติดอื่น ๆ รวมถึงกัญชา กัญชง กระท่อม ☐ โรคจิตเวชอื่น หรือภาวะผิดปกติทางจิตอื่นที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น
--	--

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา(ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

19. ท่านเคยได้รับยาเพื่อรักษาโรคหรืออาการทางจิตเวช หรือเคยได้รับการบำบัดรักษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ทั้งนี้รวมถึงการได้รับยารักษาอาการทางจิต ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาคลายกังวล ยาสมุนไพรแผนโบราณและแผนปัจจุบัน หรือการบำบัดอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าหรือไม่

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี

20. ท่านเคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เคยพยายามฆ่าตัวตาย เคยพยายามทำร้ายตัวเอง หรือเคยกินยาเกินขนาดหรือไม่

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี

21. ท่านเคยปรึกษานักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ทั่วไป เกี่ยวกับอาการทางสุขภาพจิตหรือไม่

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี

22. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

☐ ไม่เสพ / ไม่เคย

☐ เสพ / เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์.....เสพมานาน.....ปี

23. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

☐ ไม่ดื่ม / ไม่เคย

☐ ดื่ม / เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์.....เสพมานาน.....ปี

24. ท่านสูบบุหรี่หรือเคย สูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

☐ ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

☐ สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ปริมาณ.....มวน/วัน.....สูบนาน.....ปี

25. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....
.....

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความ
ร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA)

26. การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความ
ร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ

☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็น หรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดผลบังคับ 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 ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือ
ต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้น
มีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือ
ต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
- โปรคนเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- 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 จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล 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
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.rabbitlife.co.th ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า บริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผยและ / หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกัน
(กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้เอาประกันภัย
(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา / มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ วันที่.....