

สรุปเอกสารทั้งหมดของ Rabbit มีดังนี้

1. ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล
2. ใบนำส่งช่องทางการขายแบบพบหน้า
3. แบบฟอร์มขอความยินยอม Marketing Consent
4. สำเนาบัตรประชาชน
5. หลักฐานการชำระเบี้ย
 - ❖ เงินสด → สลิป
 - ❖ ตัดบัตรเครดิต → โฟर्मตัดบัตรเครดิต / สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาน้ำบัตรเครดิต

* การชำระเบี้ย → ผู้ชำระเบี้ยต้องเป็นชื่อผู้เอาประกัน หรือบุคคลที่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์ได้ (พร้อมแสดงหลักฐาน)

** ผู้รับผลประโยชน์ → บิดา / มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร (ไม่ต้องแสดงเอกสารแสดงความสัมพันธ์)
→ สถานะอื่นๆ และคนละนามสกุลกับผู้เอาประกัน (ต้องใช้เอกสารแสดงความสัมพันธ์)

ใบนำส่งงานช่องทางการขายแบบพบหน้า

วันที่.....

สาขา ชื่อตัวแทน/นายหน้า..... รหัสตัวแทน.....
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย แบบประกัน.....

ส่วนที่ 1 รายละเอียดเอกสารนำส่ง

☐ สำเนาบัตรประชาชน / สูติบัตร + ทะเบียนบ้าน / Passport+Visa

☐ ฟอรม์ CRS FM-CPA-05 (PA ไม่ต้องใช้)

☐ ใบเสนอขาย (PA ไม่ต้องใช้)

☐ ใบคำขอเอาประกันภัย (คำถามละเอียด / รับรองออกกรมธรรม์ / PA)

☐ เลขที่ใบรับเงินชั่วคราว (E-Temp No).....หรือ ☐ Pre – Approved

☐ ผู้ชำระเบี้ย กรณีไม่ใช่ผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อ-สกุล.....

ความสัมพันธ์ อาชีพ..... เบอร์โทร.....

เอกสารเพิ่มเติม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดา/มารดา บุคคลที่ลงนามบนใบคำขอ

☐ ฟอรม์ CRS ของบิดา/มารดา บุคคลที่ลงนามบนใบคำขอ (PA ไม่ต้องใช้)

☐ อายุ 30 วัน - 2 ปี นำส่งสมุดบันทึกสุขภาพทุกหน้า

อายุ 0-9 ปี บิดา/มารดา ลงนามแทนผู้เยาว์

อายุ 10-19 ปี ผู้เยาว์ลงนาม และบิดา/มารดา ลงนาม

กรณีชำระเบี้ยตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป ☐ ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ชำระเบี้ย

☐ แบบฟอร์มขอคำยินยอม Marketing consent & Data Analysis Form (ผู้ขอเอาประกันภัย อายุตั้งแต่ 10 ปี บิดา/มารดา ลงนามกำกับ)

☐ หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา (ถ้ามี)

☐ หนังสือแจ้งขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านธนาคาร + สำเนาหน้า Book Bank กรณีมีเงินคืนระหว่างสัญญา (ถ้ามี)

☐ หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก (เบี้ยประกันภัยงวดต่อ) + สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน + สำเนาหน้า Book Bank (ถ้ามี)

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ช่องทางการจัดส่งเล่มกรมธรรม์ ☐ ไปรษณีย์ถึงลูกค้า ☐ ตัวแทนรับเล่มกรมธรรม์ที่บริษัท ☐ ส่งเล่มกรมธรรม์ทางไปรษณีย์ที่สาขาตัวแทน

Note.....

ส่วนที่ 2 คำยืนยัน

การพิสูจน์ทราบตัวตนของ

☐ ผู้ขอเอาประกันภัย

☐ ผู้ปกครองโดยชอบธรรม

☐ ผู้ชำระเบี้ย กรณีไม่ใช่ผู้ขอเอาประกันหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม และ

ชำระเบี้ยตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป

ข้าพเจ้า ตัวแทนนายหน้าประกันชีวิต ผู้เสนอขายแผนการประกันภัยตามใบคำขอ ฯ ที่นำส่งนี้
ขอยืนยันว่า

☐ ทำการตรวจสอบข้อมูลการแสดงตนของลูกค้าข้อมูลถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

☐ เปรียบเทียบใบหน้าลูกค้า กับบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัว
บัตรประชาชนของลูกค้าแล้วเห็นว่าลูกค้าเป็นเจ้าของข้อมูลจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของลูกค้าเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงลงนามไว้เป็นหลักฐานเรียบร้อยแล้ว จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ลงชื่อผู้รับเอกสาร.....วันที่.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินลูกค้าเปราะบาง

(ผู้เสนอขายสอบถามข้อมูลหรือพิจารณาลักษณะ จากการพูดคุย ได้ตอบ สือสาร
หากผู้สมัครขอเอาประกันภัยมีลักษณะต่อไปนี้ให้ถือว่าเป็นลูกค้าเปราะบาง)

☐ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป(อายุตามใบเสนอขาย)

☐ มีข้อจำกัดในการสื่อสาร หรือการตัดสินใจด้วยตนเอง หรือมีภาวะบกพร่องทาง
สุขภาพ มีความบกพร่องทางการได้ยิน หรือการมองเห็น รวมถึงคนพิการตาม
พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

☐ เป็นผู้มีความรู้จำกัดด้านการเงิน หรือไม่เคยซื้อผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตมาก่อน

ข้าพเจ้าได้ใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในการเสนอขาย ได้แก่ อธิบายรายละเอียด
ของแบบประกัน และสัญญาเพิ่มเติมต่าง ๆ ตามความประสงค์ของลูกค้า ประกอบไป
ด้วย รายละเอียดผลประโยชน์ความคุ้มครอง ทุนประกันภัย ค่าเบี้ยประกันภัยที่ต้อง
ชำระ ระยะเวลาการชำระเบี้ย วิธีการชำระค่าเบี้ย เงื่อนไขการไม่คุ้มครองตามกรมธรรม์
ตามที่ระบุในใบเสนอขาย และได้ส่งมอบเอกสารให้กับผู้ขอเอาประกันภัยแล้ว
จึงได้ลงนามไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ตัวแทน / นายหน้าประกันชีวิต

(.....)ตัวบรรจง

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
1 ความคุ้มครองการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง				
จากกรณีอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	500,000	1,000,000
จากกรณีถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	50,000	100,000	250,000	500,000
จากกรณีขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	250,000	500,000
2 ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล/ครั้ง	10,000	20,000	50,000	100,000
เบี้ยประกันภัยสำหรับอายุรับประกันภัย 6 - 60 ปี				
เบี้ยประกันภัยรายปี ชั้นอาชีพ 1	[] 600	[] 800	[] 1,900	[] 3,600
เบี้ยประกันภัยรายปี ชั้นอาชีพ 2	[] 600	[] 1,200	[] 2,400	[] 4,500
เบี้ยประกันภัยรายปี ชั้นอาชีพ 3	[] 1,050	[] 1,535		

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง PA MAX	แผน 200,000	แผน 500,000	แผน 1,000,000
1 ความคุ้มครองการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง			
จากกรณีอุบัติเหตุทั่วไป	200,000	500,000	1,000,000
จากกรณีถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	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	20,000	50,000	100,000
3 ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล	1,000	1,000	1,000
เบี้ยประกันภัยสำหรับอายุรับประกันภัย 6 - 60 ปี			
เบี้ยประกันภัยรายปี ชั้นอาชีพ 1	[] 1,300	[] 2,400	[] 4,300
เบี้ยประกันภัยรายปี ชั้นอาชีพ 2	[] 1,700	[] 3,200	[] 5,500
เบี้ยประกันภัยรายปี ชั้นอาชีพ 3	[] 2,100		

เงื่อนไขการรับประกันภัย

- อายุรับประกันภัย 6 - 60 ปี
- ระยะเวลาเอาประกันภัย 1 ปี
- ชำระเบี้ยประกันภัยรายปี

ตัวอย่างข้อยกเว้นทั่วไป กรณีที่บริษัทจะไม่คุ้มครอง

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

ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย

โอนเงินเข้าบัญชีหรือส่งจ่ายเช็คในนาม บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

*ทั้งนี้บริษัทไม่มีนโยบายรับชำระเบี้ยประกันภัยโดยเงินสด หรือการโอนเงินเข้าบัญชีของพนักงาน ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต

ข้อควรทราบ

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

(ลงชื่อ).....

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทน.....

เลขที่ใบอนุญาต..... เบอร์ติดต่อ..... วันเดือนปี และเวลาเสนอขาย

กรณแบบหลักฐานแสดงตัว ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน
- กรณีผู้เยาว์ แนบเพิ่มสูติบัตร/ทะเบียนบ้าน

การจำแนกชั้นอาชีพ

การจำแนกชั้นอาชีพตามลักษณะของงานในอาชีพ พิจารณาถึงหน้าที่ที่ต้องทำในอาชีพนั้นๆ โดยแบ่งออกเป็น 4 ชั้น ดังนี้

ชั้นอาชีพ1 ได้แก่ ผู้ที่ทำงานโดยลักษณะของงานไม่ต้องใช้กำลังกาย ประกอบอาชีพในสำนักงานหรือที่อยู่อาศัย เช่น เจ้าของบริษัท, พนักงานในสำนักงาน, นายธนาคาร ฯลฯ

ชั้นอาชีพ2 ได้แก่ ผู้ที่ต้องปฏิบัติงาน หรือควบคุมงานภายนอกสำนักงาน หรือต้องออกตรวจตลาด ออกตรวจงาน รวมทั้งผู้ทำงานในสำนักงานแต่ต้องใช้กำลังกายบ้าง เช่น วิศวกร (ประจำสำนักงาน ไม่ออกพื้นที่), ช่างรังวัด, นักเคมี, ยามไม่พกอาวุธ ฯลฯ

ชั้นอาชีพ3 ได้แก่ ผู้ที่ต้องปฏิบัติงานที่ต้องใช้กำลังกายมากกว่าผู้ที่อยู่ในชั้นอาชีพ2 หรือลักษณะงานมีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น วิศวกร (ออกพื้นที่), ยามพกอาวุธ, ช่างซ่อมประปา, หัวหน้าคุมคนงานก่อสร้าง, คนขับรถแท็กซี่ ฯลฯ

ชั้นอาชีพ4 ได้แก่ ผู้ที่ต้องใช้กำลังกาย หรือใช้เวลาอยู่กลางแจ้งมาก หรือลักษณะงานมีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น บุรุษไปรษณีย์ (ใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะ), เจ้าหน้าที่จราจรทางด่วน, เกษตรกร (ลงมือทำ) ฯลฯ

เลขที่บัญชีสำหรับชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต ชื่อบัญชี "บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)"

 ธนาคารกรุงไทย สำนักงานใหญ่ เลขที่บัญชี 001-2-26659-8

 ธนาคารกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ เลขที่บัญชี 101-7-36375-3

 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเพลินจิตเซ็นเตอร์ เลขที่บัญชี 216-2-03920-6

 ธนาคารทหารไทยธนชาติ สาขาสีลม เลขที่บัญชี 118-1-05179-6

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	[] 600	[] 600	[] 1,050
	200,000	[] 800	[] 1,200	[] 1,535
	500,000	[] 1,900	[] 2,400	-
	1,000,000	[] 3,600	[] 4,500	-
PA Max	200,000	[] 1,300	[] 1,700	[] 2,100
	500,000	[] 2,400	[] 3,200	-
	1,000,000	[] 4,300	[] 5,500	-

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

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาว่าป่วยเป็นโรคต่อไปนี้ 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 _____



ขอความยินยอมเปิดเผยหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล ของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แจ้งข้อความจริง 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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.rabbitlife.co.th รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน 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).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

[] บิดา/มารดา [] ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

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/site/list-of-companies-in-the-bts-group/>]
- ☐ ท่านไม่ให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติมได้จากนโยบายส่วนตัวของบริษัทฯ [www.rabbitlife.co.th] และสามารถแจ้งยกเลิกการให้ความยินยอมข้างต้นเมื่อใดก็ได้ตามช่องทางด้านล่าง

ส่งจดหมายติดต่อได้ที่ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ที่อยู่ 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชั่นนารี ปาร์ค - เซาท์ ทาวเวอร์ ชั้นที่ 23 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

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 _____

หนังสือให้ความยินยอมชำระเบี้ยประกันจากบัตรเครดิต

วันที่

ข้าพเจ้า.....หมายเลขโทรศัพท์.....

เจ้าของบัตรเครดิตมีความประสงค์และยินยอมให้บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต

ของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันงวดต่ออายุปีที่ งวดที่ ของกรมธรรม์เลขที่

ชื่อ - สกุล ผู้เอาประกันภัย.....

จำนวนเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

ความสัมพันธ์เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้เอาประกันภัย

☐ บิดา / มารดา ☐ สามี / ภรรยา ☐ บุตร ☐ พี่น้องร่วมสายโลหิต ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

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

ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิต

ประเภทบัตรเครดิต ☐ วีซ่า / Visa ☐ มาสเตอร์การ์ด / Master Card ☐ อื่น ๆ / Other

หมายเลขบัตร บัตรหมดอายุ/.....

มีความประสงค์ใช้สำหรับหักชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต

☐ หักบัตรเครดิตครั้งเดียว ☐ หักบัตรเครดิตอัตโนมัติทุกงวด

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

ลงชื่อ ผู้ถือบัตร

(.....)



หรือลงทะเบียนเพื่อชำระเบี้ยประกัน

ผ่านระบบ iService โดยสแกน

QR Code

- บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับจากท่าน (เจ้าของบัตรเครดิต) เพื่อเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยหรือคืนเงิน เบี้ยประกันภัย ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวสำหรับลูกค้าของบริษัทที่ปรากฏบน website www.rabbitlife.co.th
- การชำระเงินค่าเบี้ยประกันนี้จะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้รับเงินครบถ้วนจากธนาคารหรือบริษัทผู้ออกบัตรเครดิตให้แก่ข้าพเจ้า ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ข้างต้นชัดเจน และ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้ทำการโอนเงินเสร็จรับเงินให้แก่ข้าพเจ้า

หมายเหตุ : กรณีที่บริษัทฯ มีเหตุอันต้องมีการคืนเบี้ยประกัน บริษัทฯ จะดำเนินการคืนเงินผ่านบัตรเครดิตเท่านั้น

เลขที่บัญชีสำหรับชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

ชื่อบัญชี “ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ”



*กรุณาส่งหลักฐานการชำระเบี้ยประกัน ทางอีเมล: cashier@rabbitlife.co.th