

สรุปเอกสารทั้งหมดของ Rabbit มีดังนี้

1. ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ แบบพิเศษ (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด) (เห็นมุมขวาล่างทุกแผ่น)
2. ใบนำส่งช่องทางการขายแบบพบหน้า
3. แบบฟอร์มขอความยินยอม Marketing Consent
4. แบบฟอร์มรับรองตนเองตาม CRS สำหรับลูกค้าบุคคลธรรมดา
5. หนังสือแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร
6. หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา
7. ใบเสนอราคา (ระบุชื่อ-สกุลลูกค้า)
8. สำเนาบัตรประชาชน
9. สำเนานำบัญชีธนาคาร (กรณีต้องการรับผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ โดยการโอนเข้าบัญชี)
10. หลักฐานการชำระเบี้ย
 - ❖ เงินสด → สลิป
 - ❖ ตัดบัตรเครดิต → ฟอร์มตัดบัตรเครดิต / สำเนาบัตรประชาชน / สำเนานำบัตรเครดิต

* การชำระเบี้ย → ผู้ชำระเบี้ยต้องเป็นชื่อผู้เอาประกัน หรือบุคคลที่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์ได้ (พร้อมแสดงหลักฐาน)

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

→ สถานะอื่นๆ และคนละนามสกุลกับผู้เอาประกัน (ต้องใช้เอกสารแสดงความสัมพันธ์)

ใบนำส่งงานช่องทางขายแบบพบหน้า

วันที่..... **1 กันยายน 2568**.....

สาขา ชื่อตัวแทน/นายหน้า..... บริษัทกรีกประกันชีวิตโบรคเกอร์..... รหัสตัวแทน..... 59640.....
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... **นายตัวอย่าง กรอกแอฟ**..... แบบประกัน..... **ไขเลย 99/20**.....

ส่วนที่ 1 รายละเอียดเอกสารนำส่ง

สำเนาบัตรประชาชน / สูติบัตร + ทะเบียนบ้าน / Passport+Visa

ฟอรัม 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.....

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.....

ช่องทางจัดส่งเล่มกรมธรรม์ ไปรษณีย์ถึงลูกค้า ตัวแทนรับเล่มกรมธรรม์ที่บริษัท ส่งเล่มกรมธรรม์ทางไปรษณีย์ที่สาขาตัวแทน

Note.....

ส่วนที่ 2 คำยืนยัน

การพิสูจน์ทราบตัวตนของ

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ปกครองโดยชอบธรรม

ผู้ชำระเบี้ย กรณีไม่ใช่ผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม และ

ชำระเบี้ยตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป

ข้าพเจ้า ตัวแทนนายหน้าประกันชีวิต ผู้เสนอขายแผนการประกันภัยตามใบคำขอ ฯ ที่นำส่งนี้
ขอยืนยันว่า

ทำการตรวจสอบข้อมูลการแสดงผลของลูกค้ำข้อมูลถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

เปรียบเทียบใบหน้าลูกค้ำ กับบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัว
บัตรประชาชนของลูกค้ำแล้วนำชื่อลูกค้ำเป็นเจ้าของข้อมูลจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของลูกค้ำเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงลงนามไว้เป็นหลักฐานเรียบร้อยแล้ว จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินลูกค้ำเปราะบาง

(ผู้เสนอขายสอบถามข้อมูลหรือพิจารณาลักษณะ จากการพูดคุย ได้ตอบ สือสาร
หากผู้สมัครขอเอาประกันภัยมีลักษณะต่อไปนี้ให้ถือว่าเป็นลูกค้ำเปราะบาง)

มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป(อายุตามใบเสนอขาย)

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

เป็นผู้มีความรู้จำกัดด้านการเงิน หรือไม่เคยซื้อผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตมาก่อน

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

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ

ลงชื่อผู้รับเอกสาร.....วันที่.....

ลงชื่อ..... **แรมบิท**.....ตัวแทน / นายหน้าประกันชีวิต

(..... **นายแรมบิท ประกันชีวิต**.....)ตัวบรรจง

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 และโปรโมชั่นที่คัดสรรสำหรับท่านโดยเฉพาะ จากบริษัทฯ 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 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชันนารี ปาร์ค – เซาท์ ทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 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 ตัวอย่าง กรอกแอฟ เจ้าของข้อมูล

(นายตัวอย่าง กรอกแอฟ) ตัวบรรจง

เบอร์โทรติดต่อ 088 - 8888888

วันที่ 01 / 09 / 2568

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) นายตัวอย่าง กรอกแอฟ	คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล (Title, Name-Surname)
เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง Citizen ID / Passport No 1234567890123	เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง Citizen ID / Passport No
เมืองที่เกิด (City/State of Birth)..... กรุงเทพฯ	เมืองที่เกิด (City/State of Birth).....
ประเทศที่เกิด (ห้ามใช้ชื่อย่อ)(Country) ประเทศไทย	ประเทศที่เกิด (ห้ามใช้ชื่อย่อ)(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 <input type="checkbox"/> Reason (B)
	2.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Reason (B)
ผู้แทนโดยชอบธรรม (Legal Representative/Legal Guardian)	1.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Reason (B)
	2.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 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 เนื่องจากประเทศที่เป็นถิ่นที่อยู่ทางภาษีที่ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีไม่ได้กำหนดให้สถาบันการเงินต้องเก็บรวบรวมและรายงานเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (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 อาจถูกเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านภาษีอากรของประเทศอื่น ๆ 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 หากมีการเปลี่ยนแปลงตามที่ได้แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือ ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ปัจจุบัน 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 หรือไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจฝ่ายเดียวในการยุติความสัมพันธ์กับ 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.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารฉบับนี้ และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วจึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein and the Company's Privacy Policy by signing below.



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว
ของบริษัท (Privacy Policy)

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 : ตัวอย่าง กรอกแอฟ
ชื่อ (ตัวบรรจง) Name : นายตัวอย่าง กรอกแอฟ
วันที่ Date : 01/09/2568

หนังสือแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

วันที่.....1.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....2568.....

ข้าพเจ้า.....นายตัวอย่าง กรอกแอฟ..... ในฐานะ ผู้เอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองที่ชอบด้วย
กฎหมายของผู้เอาประกันภัย และเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) ของ.....
มีความประสงค์ให้ บริษัท ไรบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัทฯ) ดำเนินการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ เข้าบัญชีธนาคารที่แจ้งไว้
โดยให้มีผลกับทุกกรมธรรม์ที่มีอยู่กับบริษัทฯ (กรุณาเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

บัญชีพร้อมเพย์ ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของข้าพเจ้า (แนบสำเนาบัตรประชาชน)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

บัญชีธนาคาร (แนบสำเนาน้ำสมุดบัญชีธนาคาร)

ธนาคาร.....กสิกรไทย..... ชื่อบัญชี.....นายตัวอย่าง กรอกแอฟ.....

เลขที่บัญชี.....1234212122.....

*** ยกเว้นธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) และ ธนาคารเกียรตินาคิน

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารเพื่อใช้เป็นหลักฐานในการแจ้งความประสงค์ ดังต่อไปนี้

- 1) สำเนาบัตรประชาชน (ด้านหน้า) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- 2) สำเนาบัตรประชาชนของผู้เยาว์ (ด้านหน้า) หรือ สำเนาสูติบัตร พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์)
- 3) รูปถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชน หรือ รูปถ่ายหน้าตรงที่เป็นปัจจุบัน
- 4) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือสำเนา Bank Statement หน้าที่มีชื่อและเลขที่บัญชีของข้าพเจ้า พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

* โปรด ชิดฆ่าทับ / ปกปิด / ลบ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชน จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลง
นาม กำกับการชิดทับนั้น หากไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการชิดฆ่าทับ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” แทนท่านได้

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ได้ที่ www.rabbitlife.co.th

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- 1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เป็นเช็คดั้งเดิม จนกว่าบริษัทฯ จะดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลเรียบร้อยแล้ว
- 2) กรณีที่ธนาคารหรือบริษัทฯ เกิดเหตุขัดข้องไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีข้างต้นได้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็ค
- 3) บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกการจ่ายเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร ซึ่งจะดำเนินการจ่ายเป็นเช็คแทน โดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า
- 4) หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน
- 5) กรณีผู้เอาประกันภัยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัยลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยาน
ลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
- 6) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของ
ผู้เอาประกันภัย บริษัทฯ จะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คตามวิธีปกติให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว

ทั้งนี้ เป็นหลักฐานแห่งข้อตกลงข้างต้น ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้เป็นสำคัญ

หรือลงทะเบียนเพื่อนำส่งเอกสารขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารผ่านระบบ I-Service โดยสแกน QR Code



ลงชื่อ.....ตัวอย่าง กรอกแอฟ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัย

(นายตัวอย่าง กรอกแอฟ)

ลงชื่อ.....ไรบิท.....(พยาน)

(นายไรบิท ประกันชีวิต)

ลงชื่อ.....(พยาน)

()

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ บ้านผู้เอาประกัน

วันที่ 1 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นายตัวอย่าง กรอกแอฟ อายุ 38 ปี
อยู่บ้านเลขที่ 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชั่นเนารี ปาร์ค-เซาท์ ทาวเวอร์ ชั้น23 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 โทรศัพท์ 099 - 9999999

ในฐานะ ผู้เอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (เฉพาะสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย) หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองโดยชอบธรรม ผู้อนุบาล /ผู้พิทักษ์ ผู้จัดการมรดก ผู้รับประโยชน์ทายาทโดยชอบธรรม
ของ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดที่มีข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่น ๆ เปิดเผยข้อมูลให้แก่ **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท รวมถึงขอคัด ถ่ายเอกสาร ขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาล และ/หรือขอรับเอกสารดังกล่าวข้างต้น เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือพิจารณาขอใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือเงินผลประโยชน์อื่นจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์ และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง **สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ**

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ และนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทเป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วจึงตกลงให้ความยินยอมข้างต้น



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว

ลงชื่อ ตัวอย่าง กรอกแอฟ /ผู้มอบอำนาจ
(นายตัวอย่าง กรอกแอฟ)
/ผู้เปิดเผยข้อมูล

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัทเท่านั้น)
(.....)

ลงชื่อ แรบบิท พยาน
(นายแรบบิท ประกันชีวิต)

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(เฉพาะผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครอง)
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ความสัมพันธ์

- หมายเหตุ : 1. กรณีไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (ระบุด้วยว่า เป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่อน้อย 2 คน *
- กรณีที่ผู้เอาวัยอายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามแทนผู้เยาว์
 - กรณีที่ผู้เยาว์อายุเกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์
 - โปรดขีดฆ่าทับ/ปกปิด/ลบ ข้อความ "ศาสนา" "เชื้อชาติ" "หมู่เลือด" ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทาง และลงนามกำกับไว้ในตำแหน่งที่มีการขีดฆ่า/ปกปิด/ลบ ข้อความนั้น หากท่านไม่ดำเนินการ ท่านยินยอมให้บริษัทดำเนินการแทนท่านได้

หนังสือให้ความยินยอมชำระเบี้ยประกันจากบัตรเครดิต

วันที่ 1 กันยายน 2568

ข้าพเจ้า นายตัวอย่าง กรอกแอฟ หมายเลขโทรศัพท์ 088 - 8888888

เจ้าของบัตรเครดิตมีความประสงค์และยินยอมให้บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต
ของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันงวดต่ออายุปีที่ งวดที่ ของกรมธรรม์เลขที่

ชื่อ - สกุล ผู้เอาประกันภัย นายตัวอย่าง กรอกแอฟ

จำนวนเงินทั้งสิ้น 27,700 บาท (สองหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)

ความสัมพันธ์เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้เอาประกันภัย

บิดา / มารดา สามี / ภรรยา บุตร พี่น้องร่วมสายโลหิต อื่น ๆ โปรดระบุ

ชื่อ - สกุล เจ้าของบัตรเครดิต (ภาษาอังกฤษ) Example Application

ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิต KTC

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

หมายเลขบัตร 1 2 3 4 4 3 2 1 1 1 1 1 0 0 2 2 บัตรหมดอายุ 09 / 30

มีความประสงค์ใช้สำหรับหักชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต

หักบัตรเครดิตครั้งเดียว หักบัตรเครดิตอัตโนมัติทุกงวด

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

ลงชื่อ ตัวอย่าง กรอกแอฟ ผู้ถือบัตร
(นายตัวอย่าง กรอกแอฟ)



หรือลงทะเบียนเพื่อชำระเบี้ยประกัน
ผ่านระบบ iService โดยสแกน

QR Code

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

หมายเหตุ : กรณีที่บริษัทฯ มีเหตุอันต้องมีการคืนเบี้ยประกัน บริษัทฯ จะดำเนินการคืนเงินผ่านบัตรเครดิตเท่านั้น

เลขที่บัญชีสำหรับชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

ชื่อบัญชี “ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ”



*กรุณานำส่งหลักฐานการชำระเบี้ยประกัน ทางอีเมล: cashier@rabbitlife.co.th

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ แบบพิเศษ

(ชนิดที่มีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)

แบบตรวจสอบสุขภาพ แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัท ผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... ชื่อหน่วย/ทีม Srikung..... ชื่อตัวแทน บริษัทศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์..... รหัส..... 59640
ใบอนุญาตตัวแทนเลขที่..... ข00002/2557.....

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย..... **นายตัวอย่าง กรอกแอฟ**..... เพศ ชาย หญิง
อายุ..... **38** ปี เกิดวันที่..... **02** เดือน..... **มกราคม**..... พ.ศ. **2530**..... สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
สัญชาติ..... **ไทย**..... เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) กรณีชาวต่างชาติ อื่น ๆ
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่..... **1234567890123**..... วันหมดอายุ..... **01**..... /..... **มกราคม**..... /..... **2575**.....
2. ที่อยู่และที่ทำงาน (โปรดทำเครื่องหมายในช่อง ของสถานที่ติดต่อที่ท่านสะดวก)

สถานที่ติดต่อ	<input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	<input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ
เลขที่/หมู่/บริษัท	1000/9	1000/9	1000/9	
หมู่บ้าน/อาคาร	อาคารบีทีเอส วิชั่นเนรี พาร์ค-เซาท์ทาวเวอร์ ชั้น23	อาคารบีทีเอส วิชั่นเนรี พาร์ค-เซาท์ทาวเวอร์ ชั้น23	อาคารบีทีเอส วิชั่นเนรี พาร์ค-เซาท์ทาวเวอร์ ชั้น23	
ตรอก/ซอย	-	-	-	
ถนน	พหลโยธิน	พหลโยธิน	พหลโยธิน	
แขวง/ตำบล	จอมพล	จอมพล	จอมพล	
เขต/อำเภอ	จตุจักร	จตุจักร	จตุจักร	
จังหวัด	กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	กรุงเทพมหานคร	
รหัสไปรษณีย์	10900	10900	10900	
เบอร์โทรศัพท์				
โทรศัพท์มือถือ	088 - 8888888	อีเมล		

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) บริษัทจะติดต่อและจัดส่งเอกสารตามที่อยู่ระบุไว้ใน ข้อ 5. ส่วนข้อมูลผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์

3. อาชีพประจำ..... **เจ้าของธุรกิจ**..... ตำแหน่ง..... **บริหาร**.....
ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... **1,000,000**..... บาท
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง.....
ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม..... **ตัวอย่าง กรอกแอฟ**.....)
ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

ข้อ 4 - 6 สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยชีวิตผลประโยชน์ความคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

4. ชื่อและนามสกุลของผู้แทนโดยชอบธรรม ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
 เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 สัญชาติ เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) ในกรณีชาวต่างชาติ อื่น ๆ
 เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่..... วันหมดอายุ
5. ที่อยู่และที่ทำงาน (โปรดทำเครื่องหมายในช่อง ของสถานที่ติดต่อที่ท่านสะดวก)

สถานที่ติดต่อ	<input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	<input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน
เลขที่/หมู่/บริษัท
หมู่บ้าน/อาคาร
ตรอก/ซอย
ถนน
แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ
จังหวัด
รหัสไปรษณีย์
เบอร์โทรศัพท์
โทรศัพท์มือถือ	อีเมล

6. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำ ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี บาท
 อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำ ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี บาท

7. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ชื่อแบบสัญญาประกันภัย **ไซเลเย 99/20** ชนิด ไม่มีเงินปันผล มีเงินปันผล
 ระยะเวลาเอาประกันภัย **99** ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย **20** ปี
 วงการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
สัญญาประกันชีวิต ไซเลเย 99/20	1,000,000	27,700
สัญญาเพิ่มเติม WP	1,000,000	แกมฟรี
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
เบี้ยประกันภัยรวม		27,700 บาท

ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินปันผล/เงินคืนกรมธรรม์ประกันภัย/เงินครบกำหนดสัญญา เลือก

เช็กชิตคร่อม โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ (กรุณานำเสนอสมุดบัญชีธนาคาร)

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- (1) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่าเมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็กชิตคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- (2) กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็กชิตคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม..... **ตัวอย่าง กรอกแอฟ**.....)

ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

8. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัย

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ 27,700 บาท ชำระเป็น เงินสด บัตรเครดิต โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่.....
 ธนาคาร..... อื่น ๆ ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....
 ผู้ชำระเบี้ยเป็น ตนเอง ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์
 ในกรณีที่ผู้ชำระเบี้ยเป็นบุคคลอื่น ที่ไม่ใช่ผู้แทนโดยชอบธรรม และ/หรือผู้ใช้อำนาจปกครองผู้เยาว์ กรุณากรอกข้อมูลตามรายละเอียดด้านล่างนี้
 บุคคลอื่น ชื่อ-สกุล อายุ ปี ความสัมพันธ์..... อาชีพ
 เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) กรณีชาวต่างชาติ อื่น ๆ
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน หรือ เลขที่หนังสือเดินทาง วันหมดอายุ.....
 ที่อยู่ติดต่อได้: เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์..... อีเมล.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น
 สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

9. ผู้รับผลประโยชน์กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขบัตรประชาชน	ร้อยละของผลประโยชน์
นายมิตา กรอกแอฟ	72	บิดา		50
นางมารดา กรอกแอฟ	58	มารดา		50

ข้อ 10 - 16 คำถามนี้จะถามผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีชื่อผลประโยชน์คุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

10. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

- ไม่มี ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียด ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับ	จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)					
	บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
ผู้ขอเอาประกันภัย	แรมมิทประกันชีวิต	1,000,000	500,000			มีผลบังคับ
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย						

*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 25

11. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

- ไม่เคย ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับ	บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
ผู้ขอเอาประกันภัย			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม..... ตัวอย่าง กรอกแอฟ.....)

ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

Version E07072025

12. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

- ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 เสพ/เคยเสพ ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย โปรตระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน.....ปี
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โปรตระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน.....ปี

- เลิกเสพเมื่อ..... ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

13. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่

- ไม่เคย ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 เคย ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

14. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

- ไม่ดื่ม/ไม่เคย ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 ดื่ม/เคยดื่ม ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย โปรตระบุชนิด.....ปริมาณ.....แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้งต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ปี
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โปรตระบุชนิด.....ปริมาณ.....แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้งต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ปี

- เลิกดื่ม เมื่อ..... ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

15. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

- ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย โปรตระบุปริมาณ.....มวน ต่อวัน สูบมานาน.....ปี
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โปรตระบุปริมาณ.....มวน ต่อวัน สูบมานาน.....ปี

- เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ..... ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

16. ส่วนสูง/น้ำหนัก ของผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนสูง160..... ซม. น้ำหนัก55..... กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

- ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

โปตระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนสูง/น้ำหนัก ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

- ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

โปตระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อผลประโยชน์คุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

17. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือก เพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

- ไม่เคย ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับ	การตรวจ/โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้ขอเอาประกันภัย
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....**ตัวอย่าง กรอกเอา**.....)

ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

- ไม่เคย ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 เคย ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
สายตาดำพิการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคต้อหิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคถุงน้ำในไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคนิ้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคของต่อมไธสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอด หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคของต่อมหมวกไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรควิมโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ดีซ่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มีามไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคจิตเวช	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคระบบประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไข้วมาติก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความชินโดรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อกระຈກ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

สำหรับ	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้ขอเอาประกันภัย
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....ตัวอย่าง กรอกเอา.....)
 ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

19. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

เคย/มี

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	อาการ	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องผูกเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การได้ยินผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การพูดผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภาวะไขมนั้พอกตับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ท้องมาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	คำถามเฉพาะสตรี		
ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กำลังตั้งครรภ์.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคแทรกซ้อน หรือ ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ้ำเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ประจำเดือนมาผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
คล้ำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

สำหรับ	อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม... **ตัวอย่าง กรอกแอฟ**.....)

ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพ หรือผลประโยชน์คุ้มครองโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

20. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการ หรือป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

- ไม่เคย/ไม่มี ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 เคย/มี ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการหรือโรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	อาการหรือโรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
ติดเชื้ในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กระดูกสันหลังเลื่อน/คด/เสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไซนัสอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เส้นประสาทถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อหิวาตก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กรดไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคประสาทหูเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สะกิดเงิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฝีคัณฑสูตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความผิดปกติของโรคเกี่ยวกับ กระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความผิดปกติของโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สำหรับ	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้ขอเอาประกันภัย
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ข้อ 21 - 24 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพ ขยายความคุ้มครองการรักษาพยาบาลด้านจิตเวช ของผู้ขอเอาประกันภัย

21. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

- ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โรควิตกกังวล หรือกลุ่มอาการกังวลเนื่องจากความกลัวรวมถึง ภาวะวิตกกังวลทั่วไป ภาวะวิตกกังวลเมื่อต้องปรับตัวหลังการสูญเสีย ภาวะตื่นตระหนก	<input type="checkbox"/> กลุ่มโรคซึมเศร้า รวมถึงโรคซึมเศร้า (Major Depression) ภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
<input type="checkbox"/> โรคสมาธิสั้นหรือโรคออทิสติก	<input type="checkbox"/> โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar Disorder)
<input type="checkbox"/> โรคจิตเภท หรือโรคจิตอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Disorder)
<input type="checkbox"/> กลุ่มบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality Disorder)	<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน โรควิลสัน หรือภาวะสมองเสื่อมอื่น ๆ
<input type="checkbox"/> กลุ่มอาการผิดปกติของพฤติกรรมการกิน รวมถึงโรคอะนอร์เร็กเซียเนอโรโวซา (Anorexia Nervosa) โรคบูลิเมีย (Bulimia)	<input type="checkbox"/> การติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือมีการเสพติดอื่น ๆ รวมถึงกัญชา กัญชง กระท่อม
<input type="checkbox"/> โรคสะเทือนใจหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (PTSD - Post-Traumatic Stress Disorder)	<input type="checkbox"/> โรคจิตเวชอื่น หรืออาการผิดปกติทางจิตอื่นที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....**ตัวอย่าง**.....**กรอกเอา**.....)

ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
.....
.....
.....

22. ท่านเคยได้รับยาเพื่อรักษาโรคหรืออาการทางจิตเวช หรือเคยได้รับการบำบัดรักษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ทั้งนี้รวมถึงการได้รับยารักษาอาการทางจิต ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาคลายกังวล ยาสมุนไพรแผนโบราณและแผนปัจจุบัน หรือการบำบัดอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าหรือไม่
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
23. ท่านเคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เคยพยายามฆ่าตัวตาย เคยพยายามทำร้ายตัวเอง หรือเคยกินยาเกินขนาดหรือไม่
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
24. ท่านเคยปรึกษา นักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ทั่วไป เกี่ยวกับอาการทางสุขภาพจิตหรือไม่
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

25. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ	
ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
(ก) ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
(ข) ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่	
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุ เลขที่..... วันบัตรหมดอายุ	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุ เลขที่..... วันบัตรหมดอายุ
(ค) ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
(ง) ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	
<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....ตัวอย่าง.....กรอกเฉพ.....)
 ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

2. คำรับรอง

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 4 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่ บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ไว้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษาการรับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะส่งผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลชีวภาพของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.rabbitlife.co.th รวมทั้งรับทราบว่าเป็นบริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท 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.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวกับการเอาประกันภัย

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

ลงชื่อ **ตัวอย่าง กรอกเอาฟ**

(..... **นายตัวอย่าง กรอกเอาฟ**)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 6 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับการกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกรวมกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ **บ้านผู้เอาประกัน**

วันที่ **1** เดือน **กันยายน** พ.ศ. **2568**

ลงชื่อ **แรมบิท**

(..... **นายแรมบิท ประกันชีวิต**)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

รหัสพนักงาน(เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

ลงชื่อ **ตัวอย่าง กรอกเอาฟ**

(..... **นายตัวอย่าง กรอกเอาฟ**)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ลงชื่อ *** ลงนาม พยาน ***

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



สำหรับ คุณ	ตัวอย่าง กรอกแอฟ	เพศ	ชาย
วัน/เดือน/ปี พ.ศ. ที่เกิด	02/01/2530	อายุ	38 ปี
จำนวนเงินเอาประกันภัย	1,000,000 บาท	เบี้ยประกันภัยต่องวด	27,700 บาท
วัน/เดือน/ปี ที่จัดทำใบเสนอ	06/09/2568 12:54:16	ชำระเบี้ยประกันภัย	รายปี

สรุปแบบประกันภัยตามข้อเสนอ	ทุนประกันภัย/แผน	เบี้ยประกันภัย
ไฉเลย 99/20 ชั้นอาชีพ 1	1,000,000.00	27,700.00
สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์เนื่องจากเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ : ADB	-	-
สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์เนื่องจากเสียชีวิตและสูญเสียอวัยวะด้วยอุบัติเหตุ : ADD	-	-
บันทึกสลักหลังการจลาจล สงครามกลางเมือง และการฆาตกรรมลอบทำร้าย : RCCADD	-	-
สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยอุบัติเหตุ คุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพ : AI	-	-
บันทึกสลักหลังการจลาจล สงครามกลางเมือง และการฆาตกรรมลอบทำร้าย : RCCAI	-	-
สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวันกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบ เอชไอบี : HIB	-	-
สัญญาเพิ่มเติมการประกันสุขภาพ แบบ เฮลท์ โพรเทค : HP	-	-
สัญญาเพิ่มเติมการประกันสุขภาพเหมาจ่าย แบบ เฮลท์ สมายล์ : HSM	-	-
บันทึกสลักหลังขยายความคุ้มครองการรักษาพยาบาลด้านจิตเวช : MH	-	-
สัญญาเพิ่มเติมการประกันสุขภาพผู้ป่วยนอก แบบ โอพีดี : OPD	-	-
สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคมะเร็ง : CA	-	-
สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครอง 50 โรคร้ายแรง : CI50	-	-
สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัย : WP	1,000,000.00	-
สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย : PB	-	-
รวมเบี้ยประกันภัย ชำระ :	จำนวน(บาท)	27,700.00

ข้อควรทราบ

- เอกสารฉบับนี้จัดทำเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ ไม่ใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญากรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยโปรดศึกษาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในสัญญากรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทออกให้
- ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไข ผลประโยชน์ และข้อยกเว้นตามกรมธรรม์ก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการชำระเบี้ยประกันภัย การเก็บเบี้ยประกันภัยโดยตัวแทน นายหน้า พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัทเป็นเพียงการให้บริการเท่านั้น
- % หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น
- เอกสารฉบับนี้ มีอายุ 30 วัน นับจากวันที่จัดทำใบเสนอ
- ผู้เอาประกันภัยจะได้รับส่วนลดเบี้ยประกันภัยเมื่อจำนวนเงินเอาประกันภัยมากกว่าหรือเท่ากับ 5,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยตามสัญญา

ลงชื่อ **แรบบิท**

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทน บจก. ศรีกรุงประกันชีวิต โบรคเกอร์

เลขที่ใบอนุญาต ช00002/2557

เบอร์ติดต่อ **099 - 9999999**

ลงชื่อ **ตัวอย่าง กรอกแอฟ**

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย ตัวอย่าง กรอกแอฟ

เบอร์ติดต่อ **088 - 8888888**

วัน/เดือน/ปี และเวลาเสนอขาย 06/09/2568 12:54:16

สำหรับ คุณ ตัวอย่าง กรอกแอฟ เพศ ชาย
 วัน/เดือน/ปี พ.ศ. ที่เกิด 02/01/2530 อายุ 38 ปี
 จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท เบี้ยประกันภัยต่องวด 27,700 บาท
 วัน/เดือน/ปี ที่จัดทำใบเสนอ 06/09/2568 12:54:16 ชำระเบี้ยประกันภัย รายปี

ลักษณะแบบประกัน
 คุ้มครอง ถึงอายุ 99 ปี ชำระเบี้ยประกันภัย 20 ปี

รับเงิน
 ครบสัญญา
100%

ปีครบธรรม์ที่	1	2	3	.	25	26	.	.	89	99 ^{เต็ม}
ความคุ้มครองชีวิต	100 %									

อายุ ณ สิ้นปีกรรมธรรม์	ปีกรรมธรรม์ ที่	เบี้ยประกันภัย (บาท)	ผลประโยชน์เงินคืน ณ สิ้นปีกรรมธรรม์ (บาท)		ความคุ้มครองกรณีเสียชีวิต (บาท)	มูลค่าเงินสด ณ สิ้นปีกรรมธรรม์ (บาท)
			(บาท)	(%)		
39	1	27,700	-	-	1,000,000	-
40	2	27,700	-	-	1,000,000	12,000
41	3	27,700	-	-	1,000,000	36,000
42	4	27,700	-	-	1,000,000	61,000
43	5	27,700	-	-	1,000,000	87,000
44	6	27,700	-	-	1,000,000	116,000
45	7	27,700	-	-	1,000,000	148,000
46	8	27,700	-	-	1,000,000	175,000
47	9	27,700	-	-	1,000,000	203,000
48	10	27,700	-	-	1,000,000	231,000
49	11	27,700	-	-	1,000,000	260,000
50	12	27,700	-	-	1,000,000	290,000
51	13	27,700	-	-	1,000,000	321,000
52	14	27,700	-	-	1,000,000	352,000
53	15	27,700	-	-	1,000,000	384,000
54	16	27,700	-	-	1,000,000	417,000
55	17	27,700	-	-	1,000,000	452,000
56	18	27,700	-	-	1,000,000	487,000
57	19	27,700	-	-	1,000,000	523,000

- ข้อควรทราบ**
- เอกสารฉบับนี้จัดทำเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ ไม่ใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญากรรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยโปรดศึกษาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในสัญญากรรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทออกให้
 - ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไข ผลประโยชน์ และข้อยกเว้นตามกรรมธรรม์ก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
 - ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการชำระเบี้ยประกันภัย การเก็บเบี้ยประกันภัยโดยตัวแทน นายหน้า พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัทเป็นเพียงการให้บริการเท่านั้น
 - % หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น
 - เอกสารฉบับนี้ มีอายุ 30 วัน นับจากวันที่จัดทำใบเสนอ
 - ผู้เอาประกันภัยจะได้รับส่วนลดเบี้ยประกันภัยเมื่อจำนวนเงินเอาประกันภัยมากกว่าหรือเท่ากับ 5,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยตามสัญญา

ลงชื่อตัวแทน **แรบบิท** เลขที่ใบอนุญาต ช00002/2557
 ชื่อ-นามสกุล ตัวแทน บ.จก.ศรีกรุงประกันชีวิต โบรคเกอร์ เบอร์ติดต่อ **099 - 9999999**

วัน/เดือน/ปี และเวลาเสนอขาย 06/09/2568 12:54:16

อายุ ณ สิ้นปีกรมธรรม์	ปีกรมธรรม์ ที่	เบี้ยประกันภัย (บาท)	ผลประโยชน์เงินคืน ณ สิ้นปีกรมธรรม์ (บาท)		ความคุ้มครองกรณีเสียชีวิต (บาท)	มูลค่าเงินสด ณ สิ้นปีกรมธรรม์ (บาท)
			(บาท)	(%)		
58	20	27,700	-	-	1,000,000	560,000
59	21	-	-	-	1,000,000	573,000
60	22	-	-	-	1,000,000	585,000
61	23	-	-	-	1,000,000	598,000
62	24	-	-	-	1,000,000	611,000
63	25	-	-	-	1,000,000	624,000
64	26	-	-	-	1,000,000	637,000
65	27	-	-	-	1,000,000	650,000
66	28	-	-	-	1,000,000	663,000
67	29	-	-	-	1,000,000	676,000
68	30	-	-	-	1,000,000	689,000
69	31	-	-	-	1,000,000	702,000
70	32	-	-	-	1,000,000	714,000
71	33	-	-	-	1,000,000	727,000
72	34	-	-	-	1,000,000	739,000
73	35	-	-	-	1,000,000	751,000
74	36	-	-	-	1,000,000	762,000
75	37	-	-	-	1,000,000	773,000
76	38	-	-	-	1,000,000	784,000
77	39	-	-	-	1,000,000	794,000
78	40	-	-	-	1,000,000	804,000
79	41	-	-	-	1,000,000	813,000
80	42	-	-	-	1,000,000	822,000
81	43	-	-	-	1,000,000	831,000
82	44	-	-	-	1,000,000	839,000
83	45	-	-	-	1,000,000	847,000
84	46	-	-	-	1,000,000	855,000
85	47	-	-	-	1,000,000	863,000
86	48	-	-	-	1,000,000	870,000
87	49	-	-	-	1,000,000	878,000
88	50	-	-	-	1,000,000	885,000
89	51	-	-	-	1,000,000	892,000
90	52	-	-	-	1,000,000	899,000
91	53	-	-	-	1,000,000	906,000

ข้อควรทราบ

- เอกสารฉบับนี้จัดทำเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ ไม่ใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญากรมธรรม์ประกันภัย
 ผู้เอาประกันภัยโปรดศึกษาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในสัญญากรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทออกให้
- ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไข ผลประโยชน์ และข้อยกเว้นตามกรมธรรม์ก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการชำระเบี้ยประกันภัย การเก็บเบี้ยประกันภัยโดยตัวแทน นายหน้า พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัทเป็นเพียงการให้บริการเท่านั้น
- % หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น
- เอกสารฉบับนี้ มีอายุ 30 วัน นับจากวันที่จัดทำใบเสนอ
- ผู้เอาประกันภัยจะได้รับส่วนลดเบี้ยประกันภัยเมื่อจำนวนเงินเอาประกันภัยมากกว่าหรือเท่ากับ 5,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยตามสัญญา

ลงชื่อตัวแทน **แรบบิท**

เลขที่ใบอนุญาต ช00002/2557

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทน บจก.ศรีกรุงประกันชีวิต โบรคเกอร์

เบอร์ติดต่อ **099 - 9999999**

วัน/เดือน/ปี และเวลาเสนอขาย 06/09/2568 12:54:16

อายุ ณ สิ้นปีกรมธรรม์	ปีกรมธรรม์ ที่	เบี้ยประกันภัย (บาท)	ผลประโยชน์เงินคืน ณ สิ้นปีกรมธรรม์ (บาท)		ความคุ้มครองกรณีเสียชีวิต (บาท)	มูลค่าเงินสด ณ สิ้นปีกรมธรรม์ (บาท)
			(บาท)	(%)		
92	54	-	-	-	1,000,000	912,000
93	55	-	-	-	1,000,000	919,000
94	56	-	-	-	1,000,000	926,000
95	57	-	-	-	1,000,000	933,000
96	58	-	-	-	1,000,000	942,000
97	59	-	-	-	1,000,000	954,000
98	60	-	-	-	1,000,000	971,000
99	61	-	1,000,000	100.00	1,000,000	1,000,000
รวม		554,000	1,000,000	100.00		
ผลประโยชน์ส่วนเพิ่ม			446,000			

แผนการประกันชีวิตของท่าน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

ผลประโยชน์

กรณีเสียชีวิต : บริษัทจะจ่ายเงินร้อยละ 100 ของจำนวนเงินเอาประกันภัย
 กรณีที่มูลค่าเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยหรือเบี้ยประกันภัยรับชำระมาแล้วทั้งหมดสูงกว่าผลประโยชน์กรณีเสียชีวิตข้างต้น
 บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์กรณีเสียชีวิตเท่ากับมูลค่าเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยหรือเบี้ยประกันภัยรับชำระมาแล้วทั้งหมด
 อย่างใดอย่างหนึ่งที่มีจำนวนเงินสูงกว่า

กรณีมีชีวิตอยู่ : ณ วันครบกำหนดสัญญาประกันภัย บริษัทจะจ่ายเงินร้อยละ 100 ของจำนวนเงินเอาประกันภัย

เงื่อนไขที่สำคัญ

- ระยะเวลาผ่อนผันชำระเบี้ยประกันภัย 31 วัน
- กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต ผู้รับประโยชน์จะต้องรีบแจ้งให้บริษัททราบภายใน 14 วัน นับแต่วันที่เสียชีวิต
- กรณีที่บริษัทจะไม่คุ้มครอง

*กรณีไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความเท็จ บริษัทจะบอกล้างสัญญาภายใน 2 ปี นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
 หรือตามการต่ออายุ หรือวันที่บริษัทอนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยในเฉพาะส่วนที่เพิ่ม

*ฆ่าตัวตายภายใน 1 ปี นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือตามการต่ออายุ
 หรือตามวันที่บริษัทอนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยในเฉพาะส่วนที่เพิ่ม หรือถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา

*กรณีอื่นๆ ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย

1. โอนเงินเข้าบัญชี บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 * ทั้งนี้ บริษัทไม่มีนโยบายรับชำระเบี้ยโดยเงินสด หรือการโอนเงินเข้าบัญชีพนักงาน หรือลูกจ้างของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิต
 หรือนายหน้าประกันชีวิต
2. สั่งจ่ายเช็คในนาม บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
3. กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน ต้องชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับงวดแรกพร้อมกับชำระล่วงหน้า 1 เดือน

ข้อควรทราบ

1. เอกสารฉบับนี้จัดทำเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ ไม่ใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญากรมธรรม์ประกันภัย
 ผู้เอาประกันภัยโปรดศึกษาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในสัญญากรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทออกให้
2. ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไข ผลประโยชน์ และข้อยกเว้นตามกรมธรรม์ก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
3. ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการชำระเบี้ยประกันภัย การเก็บเบี้ยประกันภัยโดยตัวแทน นายหน้า พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัทเป็นเพียงการให้บริการเท่านั้น
4. % หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น
5. เอกสารฉบับนี้ มีอายุ 30 วัน นับจากวันที่จัดทำใบเสนอ
6. ผู้เอาประกันภัยจะได้รับส่วนลดเบี้ยประกันภัยเมื่อจำนวนเงินเอาประกันภัยมากกว่าหรือเท่ากับ 5,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยตามสัญญา

ลงชื่อตัวแทน **แรบบิท**

เลขที่ใบอนุญาต ช00002/2557

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทน บจก.ศรีกรุงประกันชีวิต โบรคเกอร์

เบอร์ติดต่อ **099 - 9999999**

วัน/เดือน/ปี และเวลาเสนอขาย 06/09/2568 12:54:16

สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัย

จำนวนเงินเอาประกันภัย	1,000,000 บาท
เบี้ยประกันภัยที่ยกเว้นการชำระต่องวด	27,700 บาท
เบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระต่องวด	ไม่ต้องชำระเบี้ยประกันภัย
ไม่ต้องชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับทุนประกันภัย 1,500,000 บาทแรก (เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทกำหนด)	

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง

ในระหว่างที่สัญญาเพิ่มเติมนี้มีผลคุ้มครอง หากผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเสียชีวิตหรือตกอยู่ในสภาวะทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง บริษัทจะคุ้มครองผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิตและกรณีทุพพลภาพบริษัทจะยกเว้นเบี้ยประกันภัยซึ่งต้องชำระของกรมธรรม์ประกันภัยที่สัญญาเพิ่มเติมนี้แนบอยู่ โดยจะยกเว้นเบี้ยประกันภัยงวดที่ถึงกำหนดชำระเป็นครั้งแรกหลังจากที่ผู้เอาประกันภัยเกิดการสูญเสียดังต่อไปนี้

1. ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือ
2. สูญเสียมือหรือเท้า หรือ สูญเสียสายตา ดังนี้
 - 2.1 สูญเสียมือ หรือเท้า หรือสายตาสองข้าง
 - 2.2 สูญเสียมือหนึ่งข้าง และเท้าหนึ่งข้าง
 - 2.3 สูญเสียมือหนึ่งข้าง และสายตาหนึ่งข้าง
 - 2.4 สูญเสียเท้าหนึ่งข้าง และสายตาหนึ่งข้าง

เงื่อนไขการรับประกันภัย

ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย : เท่ากับระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยของสัญญาหลัก สูงสุดไม่เกินอายุครบ 64 ปี

ระยะเวลาเอาประกันภัย : เท่ากับระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยของสัญญาหลัก สูงสุดไม่เกินอายุครบ 64 ปี

สัญญาเพิ่มเติมมีการกั๊ยเงินตามมูลค่ากรมธรรม์ (ถ้ามี) เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยอัตโนมัติ

ข้อยกเว้นความคุ้มครองทั่วไป

บริษัทจะไม่คุ้มครองการสูญเสียหรือทุพพลภาพใดๆ ที่เกิดขึ้นโดยทางตรงหรือทางอ้อม ทั้งหมด หรือแต่บางส่วน หรือสืบเนื่องจากสาเหตุหรือเกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้

- (1) การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
- (2) ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรมที่มีความผิดสถานหนัก หรือขณะถูกจับกุม หรือ หลบหนีจากการจับกุม
- (3) สงคราม ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม การจู่โจม หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การจลาจล การก่อการร้าย
- (4) การบาดเจ็บขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในอากาศยานที่ได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
- (5) ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
- (6) ขณะที่ผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม

ข้อควรทราบ

1. เอกสารฉบับนี้จัดทำเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ ไม่ใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญากรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยโปรดศึกษาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในสัญญากรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทออกให้
2. ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไข ผลประโยชน์ และข้อยกเว้นตามกรมธรรม์ก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
3. ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการชำระเบี้ยประกันภัย การเก็บเบี้ยประกันภัยโดยตัวแทน นายหน้า พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัทเป็นเพียงการให้บริการเท่านั้น
4. % หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น
5. เอกสารฉบับนี้ มีอายุ 30 วัน นับจากวันที่จัดทำไปเสนอ

ลงชื่อตัวแทน แรบบิท

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทน บจก. ศรีกรุงประกันชีวิต โบรคเกอร์

เลขที่ใบอนุญาต ๗๐๐๐๐๒/๒๕๕๗

เบอร์ติดต่อ 099 - 9999999

(7) ความบกพร่องทางร่างกาย การเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ที่ผู้เอาประกันภัยทราบอยู่แล้วในขณะที่สัญญาประกันภัยเริ่มมีผลบังคับ แต่มิได้แจ้งให้บริษัททราบ เว้นแต่ผู้เอาประกันภัยได้เอาประกันภัยตามสัญญานี้มาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน

(8) การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ จนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า “ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา” นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป ข้อยกเว้นที่กรมธรรม์จะไม่ให้ความคุ้มครอง เป็นไปตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

ข้อควรทราบ

- เอกสารฉบับนี้จัดทำเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ ไม่ใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญากรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยโปรดศึกษาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในสัญญากรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทออกให้
- ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจรายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไข ผลประโยชน์ และข้อยกเว้นตามกรมธรรม์ก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการชำระเบี้ยประกันภัย การเก็บเบี้ยประกันภัยโดยตัวแทน นายหน้า พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัทเป็นเพียงการให้บริการเท่านั้น
- % หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น
- เอกสารฉบับนี้ มีอายุ 30 วัน นับจากวันที่จัดทำไปเสนอ

ลงชื่อตัวแทน **แรบบิท**

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทน บจก. ศรีกรุงประกันชีวิต โบรคเกอร์

เลขที่ใบอนุญาต ๐๐๐๐๒/๒๕๕๗

เบอร์ติดต่อ 099 - 9999999