

สรุปเอกสารทั้งหมดของ Rabbit มีดังนี้

1. ใบคำขอ (ชนิดมีคำถามสุภาพอย่างละเอียด) (เซ็นมุมขวาล่างทุกแผ่น)
2. ใบนำส่งช่องทางการขายแบบพบหน้า
3. แบบฟอร์มขอความยินยอม Marketing Consent
4. แบบฟอร์มรับรองตนเองตาม CRS สำหรับลูกค้าบุคคลธรรมดา
5. หนังสือแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร
6. หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา
7. ใบเสนอราคา (ระบุ ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกัน)
8. สำเนาบัตรประชาชน
9. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (กรณีต้องการรับผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ โดยการโอนเข้าบัญชี)
10. หลักฐานการชำระเบี้ย

❖ ** การชำระเบี้ย ** (กรณีชำระเบี้ยรายเดือน ชำระงวดแรก 2 เดือน)

- เงินสด => สลิป
- ตัดบัตรเครดิต => ฟอร์มตัดบัตรเครดิต / สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาหน้าบัตรเครดิต

* การชำระเบี้ย → ผู้ชำระเบี้ยต้องเป็นชื่อผู้เอาประกัน หรือบุคคลที่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์ได้ (พร้อมแสดงหลักฐาน)

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

*** ขอสงวนสิทธิ์ในการปรีนเอกสารโดยใช้กระดาษ ♻️ Recycle (รีไซเคิล) หรือ Reuse (รีユス)

ใบนำส่งงานช่องทางขายแบบพบหน้า

วันที่.....

สาขา ชื่อตัวแทน/นายหน้า **บริษัทกรีกประกันชีวิตโบรคเกอร์** รหัสตัวแทน **59640**
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย แบบประกัน

ส่วนที่ 1 รายละเอียดเอกสารนำส่ง

สำเนาบัตรประชาชน / สูติบัตร + ทะเบียนบ้าน / Passport+Visa

ఫორమ్ 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

ఫორమ్ 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

แบบฟอร์มขอมติยินยอม 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

ทำการตรวจสอบข้อมูลการแสดงผลของลูกค้ายืนยันถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

เปรียบเทียบใบหน้าลูกค้ำ กับบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัว
บัตรประชาชนของลูกค้ำแล้วนำชื่อลูกค้ำเป็นเจ้าของข้อมูลจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของลูกค้ำเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงลงนามไว้เป็นหลักฐานเรียบร้อยแล้ว จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินลูกค้าเปราะบาง

(ผู้เสนอขายสอบถามข้อมูลหรือพิจารณาลักษณะ จากการพูดคุย ได้ตอบ สื่อสาร
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

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ

ลงชื่อผู้รับเอกสาร.....วันที่.....

ลงชื่อ.....ตัวแทน / นายหน้าประกันชีวิต

(.....)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 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/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 _____ เจ้าของข้อมูล

(_____) ตัวบรรจง

เบอร์โทรติดต่อ _____

วันที่ _____

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)	คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล (Title, Name-Surname)
เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง Citizen ID / Passport No	เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง Citizen ID / Passport No
เมืองที่เกิด (City/State of Birth)	เมืองที่เกิด (City/State of Birth)
ประเทศที่เกิด (ห้ามใช้อักษรย่อ)(Country)	ประเทศที่เกิด (ห้ามใช้อักษรย่อ)(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 :
ชื่อ (ตัวบรรจง) Name :
วันที่ Date :

หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่..... โทรศัพท์.....

ในฐานะ ผู้ขอเอาประกันภัย/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 เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือพิจารณาخذใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือเงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์ และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง **สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ**

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ และนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทเป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วจึงตกลงให้ความยินยอมข้างต้น



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว

ลงชื่อ...../ผู้มอบอำนาจ
/ผู้เปิดเผยข้อมูล
(.....)

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

ลงชื่อ พยาน
(.....)

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

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ความสัมพันธ์

หมายเหตุ : 1. กรณีไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (ระบุด้วยว่า เป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด)
พร้อมทั้งให้พยานลงชื่อน้อย 2 คน *

2. กรณีที่ผู้เยาว์อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามแทนผู้เยาว์
3. กรณีที่ผู้เยาว์อายุเกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์
4. โปรดขีดฆ่าทับ/ปกปิด/ลบ ข้อความ "ศาสนา" "เชื้อชาติ" "หมู่เลือด" ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทาง และลงนามกำกับไว้ในตำแหน่งที่มีการขีดฆ่า/ปกปิด/ลบ ข้อความนั้น หากท่านไม่ดำเนินการ ท่านยินยอมให้บริษัทดำเนินการแทนท่านได้

หนังสือให้ความยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีบัตรเครดิต

วันที่

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ-สกุลเจ้าของบัตรเครดิต (ภาษาไทย).....

ชื่อ-สกุลตามบัตรเครดิต (ภาษาอังกฤษ)..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

ธนาคาร/บริษัทผู้ออกบัตรเครดิต.....

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

หมายเลขบัตร

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

 บัตรหมดอายุ/.....

ในฐานะเจ้าของบัตรเครดิตมีความประสงค์และยินยอมให้บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยของ (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ-สกุลผู้ออกรับประกันภัย/ผู้ออกรับประกันภัย

จำนวนเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

กรณีเจ้าของบัตรเครดิตไม่ใช่ผู้ออกรับประกันภัย รบกวนระบุความสัมพันธ์เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้ออกรับประกันภัย

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

มีความประสงค์ใช้สำหรับชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

งวดแรก (ครั้งเดียว) งวดแรกและงวดถัดไปแบบอัตโนมัติ*

งวดต่ออายุ (ครั้งเดียว) งวดต่ออายุและงวดถัดไปแบบอัตโนมัติ* กรุณาระบุเลขที่กรมธรรม์.....

*ในกรณีที่เป็นการชำระ “งวดถัดไปแบบอัตโนมัติ (RECURRING)” บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ให้เลือกใช้บัตรเครดิตได้เพียงใบเดียว และการหักเบี้ยประกันภัยแบบอัตโนมัติจะดำเนินการได้ในงวดถัดไปนับจากวันที่ได้รับเอกสารฉบับนี้

**ทั้งนี้ โปรดแนบสำเนาบัตรเครดิตหน้าที่ยืนยันหมายเลขบัตรเครดิต เดือนปี (หมดอายุ) และ สำเนาบัตรประชาชนเจ้าของบัตรมาพร้อมกับหนังสือฉบับนี้

ข้อตกลงการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

- ข้าพเจ้ารับรองว่าบัญชีบัตรเครดิต ที่ข้าพเจ้าแจ้งความประสงค์ชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ตนเองหรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์กับข้าพเจ้าตามที่ระบุไว้ข้างต้น เป็นบัตรที่ธนาคาร/บริษัทผู้ออกบัตรออกให้แก่ข้าพเจ้า ในกรณีที่การเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆแก่ธนาคาร/บริษัทผู้ออกบัตร ข้าพเจ้าจะตกลงรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้แก่ธนาคาร/บริษัทผู้ออกบัตรทุกประการ โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น
- การชำระเบี้ยประกันภัยจะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้รับเงินครบถ้วน จากธนาคาร/บริษัทผู้ออกบัตรตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้ข้างต้น โดยบริษัทฯ จะทำการออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ข้าพเจ้าในภายหลัง
- กรณีค่าเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์ฉบับนี้มีเปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้หักบัตรเครดิตในการชำระเบี้ยประกันภัยที่เปลี่ยนแปลงนั้นทุกประการ
- หากบริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ต้องคืนเบี้ยประกันภัยดังกล่าวไม่ว่าจะเป็นทั้งจำนวนหรือบางส่วน ด้วยเหตุผลใด ๆ บริษัทฯ จะคืนเงินให้แก่เจ้าของบัตรเครดิต ผ่านบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุข้างต้นเท่านั้น

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ บริษัทฯ และธนาคาร/บริษัทผู้ออกบัตรเครดิตที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล หรือข้อมูลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการบริการ การรักษาข้อมูลหรือการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย รวมถึงการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตตามรายละเอียดที่ระบุข้างต้น และให้ความยินยอมที่ระบุในวรรคนี้ต่อเนื่องไปจนกว่าความคุ้มครองสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้าหรืออายุความในการฟ้องคดีหรืออายุความการเก็บรักษาตามกฎหมายจะสิ้นสุด ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาใดจะมาถึงที่สุด

ลงชื่อ เจ้าของบัตรเครดิต

(.....)

ลายเซ็นตามบัตรเครดิต



ท่านสามารถตรวจสอบ
ข้อมูลกรมธรรม์
ผ่านระบบ iService



นโยบายความเป็นส่วนตัว
สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล
(เจ้าของบัตรเครดิต)

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ แบบพิเศษ

(ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)

แบบตรวจสอบสุขภาพ แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัท ผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... ชื่อหน่วย/ทีม..... ชื่อตัวแทน..... รหัส.....
ใบอนุญาตตัวแทนเลขที่.....

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอากันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอากันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอากันภัย..... เพศ ชาย หญิง
อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
สัญชาติ เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) กรณีชาวต่างชาติ อื่น ๆ
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่..... วันหมดอายุ /..... /

2. ที่อยู่และที่ทำงาน (โปรดทำเครื่องหมายในช่อง ของสถานที่ติดต่อที่ท่านสะดวก)

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

กรณีผู้ขอเอากันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) บริษัทจะติดต่อและจัดส่งเอกสารตามที่อยู่ระบุไว้ใน ข้อ 5. ส่วนข้อมูลผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์

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

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 ชนิด ไม่มีเงินปันผล มีเงินปันผล
 ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ปี
 วงการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
สัญญาประกันชีวิต		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติม		
เบี้ยประกันภัยรวม บาท		

ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินปันผล/เงินคืนกรมธรรม์ประกันภัย/เงินครบกำหนดสัญญา เลือกลง

เช็คขีดคร่อม โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ (กรุณานำเสนอสมุดบัญชีธนาคาร)

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบแล้วว่าเมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....)

ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

8. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัย

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ 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 (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขบัตรประชาชน	ร้อยละของ ผลประโยชน์

ข้อ 10 - 16 คำถามนี้จะถามผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีชื่อผลประโยชน์คุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

10. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

- ไม่มี ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 มี ถ้ามิโปรดระบุรายละเอียด ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับ	จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)					
	บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชย รายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
ผู้ขอเอาประกันภัย
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 25

11. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

- ไม่เคย ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับ	บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
ผู้ขอเอาประกันภัย
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

12. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

- ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 เสพ/เคยเสพ ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย โปรตรระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน.....ปี
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โปรตรระบุชนิด.....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 โปรตรระบุชนิด.....ปริมาณ.....แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้งต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ปี
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โปรตรระบุชนิด.....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 โปรตรระบุปริมาณ.....มวน ต่อวัน สูบมานาน.....ปี

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โปรตรระบุปริมาณ.....มวน ต่อวัน สูบมานาน.....ปี

- เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ..... ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

16. ส่วนสูง/น้ำหนัก ของผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
 โปรตรระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก.
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนสูง/น้ำหนัก ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
 โปรตรระบุน้ำหนัก 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

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
สายตาศีรษะ	<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"/>	โรคต่อกระจาก	<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.....)

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"/>	ภาวะไขมັນพอกตับ	<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"/>	ประจำเดือนมามากผิดปกติ	<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.....)

ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพ หรือผลประโยชน์คุ้มครองโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

20. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา 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"/>	กระดูกสันหลังเคลื่อน/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"/>	เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ออทิสติก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กรดไหลย้อน	<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"/>	ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับ กระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	<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 หรือรับการรักษา 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.....)

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. ท่านเคยปรึกษานักจิตวิทยา 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 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 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 type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
(ง) ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....)

ใช้ในกรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น

Version E20082025

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. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษาการรับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะส่งผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า 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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]

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

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

ลงชื่อ

(.....)

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 นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกรกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

รหัสพนักงาน(เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)