

## สรุปเอกสารทั้งหมดของ Rabbit มีดังนี้

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

**ใบนำส่งงานช่องทางขายแบบพบหน้า**

วันที่.....

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

**ส่วนที่ 1 รายละเอียดเอกสารนำส่ง**

สำเนาบัตรประชาชน / สูติบัตร + ทะเบียนบ้าน / Passport+Visa

ఫอรม 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

ఫอรม CRS ของบิดา/มารดา บุคคลที่ลงนามบนใบคำขอ (PA ไม่ต้องใช้)

อายุ 30 วัน - 2 ปี นำส่งสมุดบันทึกสุขภาพทุกหน้า

**อายุ 0-9 ปี บิดา/มารดา ลงนามแทนผู้เยาว์**

**อายุ 10-19 ปี ผู้เยาว์ลงนาม และบิดา/มารดา ลงนาม**

**กรณีชำระเบี้ยตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป  ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ชำระเบี้ย**

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

หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา (ถ้ามี)

หนังสือแจ้งขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านธนาคาร + สำเนาหน้า Book Bank กรณีมีเงินคืนระหว่างสัญญา (ถ้ามี)

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

อื่น ๆ ระบุ

**ช่องทางจัดส่งเล่มกรมธรรม์**  ไปรษณีย์ถึงลูกค้า  ตัวแทนรับเล่มกรมธรรม์ที่บริษัท  ส่งเล่มกรมธรรม์ทางไปรษณีย์ที่สาขาตัวแทน

Note.....

**ส่วนที่ 2 คำยืนยัน**

**การพิสูจน์ทราบตัวตนของ**

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ปกครองโดยชอบธรรม

ผู้ชำระเบี้ย กรณีไม่ใช่ผู้ขอเอาประกันหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม 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 สื่อสาร  
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.....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 และโปรโมชั่นที่คัดสรรสำหรับท่านโดยเฉพาะ จากบริษัทฯ บริษัทในกลุ่มระบบนิเวศข้อมูลแรบบิท (Rabbit’s Data Ecosystem) และบริษัทในกลุ่ม BTS  
[[https://www.rabbitlife.co.th/privacy\\_policy/list-of-companies-in-the-bts-group](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](https://www.rabbitlife.co.th/privacy_policy/list-of-companies-in-the-bts-group)]

ท่านไม่ให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติมได้จากนโยบาย ความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ [[www.rabbitlife.co.th](https://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](http://www.rabbitlife.co.th) หรือ อีเมล [cs@rabbitlife.co.th](mailto: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 : .....	.....



ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ แบบพิเศษ  
ช่องทางตัวแทนและนายหน้าประกันชีวิต  
(ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)  
รับรองการออกกรมธรรม์

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)  
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุ  
ให้บริษัท ผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและ  
พาณิชย์ มาตรา 865

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

**ส่วนที่ 1** คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม  
หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย..... เพศ  ชาย  หญิง น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.  
อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .... สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
สัญชาติ ..... เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  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		

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) บริษัทจะติดต่อและจัดส่งเอกสารตามที่อยู่ระบุไว้ใน ข้อ 5. ส่วนข้อมูลผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์

3. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง.....  
ลักษณะงานที่ทำ ..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี ..... บาท

ข้อ 4 - 6 สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ และ/หรือผู้ชำระเบี่ยประกันภัย

4. ชื่อและนามสกุลของผู้แทนโดยชอบธรรม ..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....  
 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

7. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ชื่อแบบสัญญาประกันภัย ..... ชนิด  ไม่มีเงินปันผล  มีเงินปันผล

ระยะเวลาเอาประกันภัย (ปี)	ระยะเวลาชำระเบี่ยประกันภัย (ปี)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี่ยประกันภัย (บาท)

งวดการชำระเบี่ยประกันภัย  รายเดือน  ราย 3 เดือน  ราย 6 เดือน  รายปี  ชำระเบี่ยประกันภัยครั้งเดียว

ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินปันผล/เงินคืนกรมธรรม์ประกันภัย/เงินครบกำหนดสัญญา เลือก

เช็กขีดคร่อม  โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ (กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร)

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบแล้วว่าเมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็กขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็กขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย

8. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี่ยประกันภัย

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ ..... บาท ชำระเป็น  เงินสด  บัตรเครดิต  โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่.....  
 ธนาคาร..... อื่น ๆ ..... ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

ผู้ชำระเบี่ยเป็น  ตนเอง  ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์

ในกรณีที่ผู้ชำระเบี่ยเป็นบุคคลอื่น ที่ไม่ใช่ผู้แทนโดยชอบธรรม และ/หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ 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** หากมีการชำระเงินสำหรับเบี่ยประกันภัยงวดแรก ต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น  
 สำหรับการชำระเบี่ยประกันภัยงวดถัดไป ต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี่ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

9. ผู้รับผลประโยชน์กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขบัตรประชาชน	ร้อยละของผลประโยชน์

**ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA)**

<b>1. การรับรองสถานะ</b>	
<b>ผู้ขอเอาประกันภัย</b>	<b>ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองกรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ</b>
<b>(ก) ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่</b>	
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถิ่นสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถิ่นสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถิ่นสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถิ่นสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
<b>(ข) ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่</b>	
<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 .....
<b>(ค) ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่</b>	
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
<b>(ง) ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)</b>	
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
<b>2. คำรับรอง</b>	
(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA (2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA	

**ส่วนที่ 4 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่**

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

**ส่วนที่ 5** ข้อความยืนยันยินยอมแปลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย 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 จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายควบคุมครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th) รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://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](http://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](http://www.oic.or.th)]
  - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวกับการเอาประกันภัย

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)

บิดา/มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

## ส่วนที่ 6 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ 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 .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต  
รหัสพนักงาน(เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์) .....

ผู้ขอเอาประกันภัย  
(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

พยาน

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
 บิดา/มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)