

สรุปเอกสารทั้งหมดของ Rabbit มีดังนี้

1. ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล
2. ใบนำส่งช่องทางการขายแบบพบหน้า
3. แบบฟอร์มขอความยินยอม Marketing Consent
4. สำเนาบัตรประชาชน
5. หลักฐานการชำระเบี้ย

❖ ** การชำระเบี้ย **

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

* การชำระเบี้ย ➔ ผู้ชำระเบี้ยต้องเป็นชื่อผู้เอาประกัน หรือบุคคลที่สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์ได้ (พร้อมแสดงหลักฐาน)

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

*** ขอสงวนสิทธิ์ในการปรับเอกสารโดยใช้กระดาษ Recycle (รีไซเคิล) หรือ Reuse (รีユス)

ใบนำส่งงานช่องทางขายแบบพบหน้า

วันที่.....

สาขา ชื่อตัวแทน/นายหน้า บริษัททริกรประกันชีวิตโบรคเกอร์ รหัสตัวแทน 59640
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย แบบประกัน

ส่วนที่ 1 รายละเอียดเอกสารนำส่ง

สำเนาบัตรประชาชน / สูติบัตร + ทะเบียนบ้าน / Passport+Visa

ఫార్మ్ 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

ఫార్మ్ 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

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.....ตัวแทน / นายหน้าประกันชีวิต

(.....)ตัวบรรจง

สบายใจพร้อมลุย เมื่อมี พีเอ พร็อพเพอร์ตี้ & พีเอ แม็กซ์



หน่วย : บาท

หน่วย : บาท

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

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง PA MAX	แผน 200,000	แผน 500,000	แผน 1,000,000
1 ความคุ้มครองการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง			
จากกรณีอุบัติเหตุทั่วไป	200,000	500,000	1,000,000
จากกรณีถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	250,000	500,000
จากกรณีขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	250,000	500,000
จากอุบัติเหตุสาธารณะ (รวมผลประโยชน์)	400,000	1,000,000	2,000,000
2 ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล/ครั้ง	20,000	50,000	100,000
3 ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล	1,000	1,000	1,000
เบี้ยประกันภัยสำหรับอายุรับประกันภัย 6 - 60 ปี			
เบี้ยประกันภัยรายปี ชั้นอาชีพ 1	[] 1,300	[] 2,400	[] 4,300
เบี้ยประกันภัยรายปี ชั้นอาชีพ 2	[] 1,700	[] 3,200	[] 5,500
เบี้ยประกันภัยรายปี ชั้นอาชีพ 3	[] 2,100		

เงื่อนไขการรับประกันภัย

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

ตัวอย่างข้อยกเว้นทั่วไป กรณีที่บริษัทจะไม่คุ้มครอง

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

ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย

โอนเงินเข้าบัญชีหรือส่งจ่ายเช็คในนาม บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

*ทั้งนี้บริษัทไม่มีนโยบายรับชำระเบี้ยประกันภัยโดยเงินสด หรือการโอนเงินเข้าบัญชีของพนักงาน ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต

ข้อควรทราบ

- เอกสารฉบับนี้จัดทำเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของสัญญากรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยโปรดศึกษาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในสัญญากรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทออกให้
- ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการชำระเบี้ยประกันภัย การที่พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัย เป็นการให้บริการเท่านั้น
- พีเอ พร็อพเพอร์ตี้ และ พีเอ แม็กซ์ เป็นชื่อทางการตลาดของ แบบประกัน กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

(ลงชื่อ).....

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทน.....

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

กรุณาระบุหลักฐานแสดงตัว ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน
- กรณีผู้เยาว์ แนบเพิ่มสูติบัตร/ทะเบียนบ้าน

การจำแนกชั้นอาชีพ

การจำแนกชั้นอาชีพตามลักษณะของงานในอาชีพ พิจารณาถึงหน้าที่ที่ต้องทำในอาชีพนั้นๆ โดยแบ่งออกเป็น 4 ชั้น ดังนี้

- ชั้นอาชีพ 1** ได้แก่ ผู้ที่ทำงานโดยลักษณะของงานไม่ต้องใช้กำลังกาย ประกอบอาชีพในสำนักงานหรือที่อยู่อาศัย เช่น เจ้าของบริษัท, พนักงานในสำนักงาน, นายธนาคาร ฯลฯ
- ชั้นอาชีพ 2** ได้แก่ ผู้ที่ต้องปฏิบัติงาน หรือควบคุมงานภายนอกสำนักงาน หรือต้องออกตรวจลาด ออกตรวจงาน รวมทั้งผู้ทำงานในสำนักงานแต่ต้องใช้กำลังกายบ้าง เช่น วิศวกร (ประจำสำนักงาน ไม่ออกพื้นที่), ช่างรังวัด, นักเคมี, ยามไม่พกอาวุธ ฯลฯ
- ชั้นอาชีพ 3** ได้แก่ ผู้ที่ต้องปฏิบัติงานที่ต้องใช้กำลังกายมากกว่าผู้ที่อยู่ในชั้นอาชีพ 2 หรือลักษณะงานมีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น วิศวกร (ออกพื้นที่), ยามพกอาวุธ, ช่างซ่อมประปา, หัวหน้าคุมคนงานก่อสร้าง, คนขับรถแท็กซี่ ฯลฯ
- ชั้นอาชีพ 4** ได้แก่ ผู้ที่ต้องใช้กำลังกาย หรือใช้เวลาอยู่กลางแจ้งมาก หรือลักษณะงานมีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น บุรุษไปรษณีย์ (ใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะ), เจ้าหน้าที่จราจรทางด่วน, เกษตรกร (ลงมือทำ) ฯลฯ

เลขที่บัญชีสำหรับชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต ชื่อบัญชี "บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)"

- ธนาคารกสิกรไทย สำนักงานสีลม เลขที่บัญชี 001-2-26659-8
- ธนาคารกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ เลขที่บัญชี 101-7-36375-3
- ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเพลินจิตเซ็นเตอร์ เลขที่บัญชี 216-2-03920-6
- ub ธนาคารทหารไทยธนชาติ สาขาสีลม เลขที่บัญชี 118-1-05179-6

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ _____ ชื่อตัวแทนศรีกรมประกันชีวิตโบรคเกอร์รหัสตัวแทน _____ 59640 _____ ทีม _____ Srikrung

ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล _____ เพศ ชาย หญิง วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี
ความสูง _____ (ซม.) น้ำหนัก _____ (กก.) หมายเลขโทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน หนังสือเดินทาง อื่น ๆ _____
เลขที่ _____ วันหมดอายุ _____ สัญชาติ _____
อาชีพปัจจุบัน _____ ลักษณะงาน/ตำแหน่งงาน _____ รายได้รวมต่อปี _____ บาท ชั้นอาชีพ _____
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____
สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน อื่น ๆ ระบุ _____

ผู้รับผลประโยชน์

- ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ ผลประโยชน์ _____ %
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
- ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ ผลประโยชน์ _____ %
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
- ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ ผลประโยชน์ _____ %
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
- ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ ผลประโยชน์ _____ %
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____
- ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ ผลประโยชน์ _____ %
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

แบบประกัน

ข้อตกลงความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)		
		ชั้นอาชีพ 1	ชั้นอาชีพ 2	ชั้นอาชีพ 3
PA Prompt	100,000	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 1,050
	200,000	<input type="checkbox"/> 800	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 1,535
	500,000	<input type="checkbox"/> 1,900	<input type="checkbox"/> 2,400	-
	1,000,000	<input type="checkbox"/> 3,600	<input type="checkbox"/> 4,500	-
PA Max	200,000	<input type="checkbox"/> 1,300	<input type="checkbox"/> 1,700	<input type="checkbox"/> 2,100
	500,000	<input type="checkbox"/> 2,400	<input type="checkbox"/> 3,200	-
	1,000,000	<input type="checkbox"/> 4,300	<input type="checkbox"/> 5,500	-

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

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาว่าป่วยเป็นโรคต่อไปนี้ โรคลมชัก ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง อวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการทางร่างกาย ความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหู โรคทางจิตเวช หรือไม่
 ไม่เคย เคย

การแจ้งความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากร
กำหนดและหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____
 ไม่มีความประสงค์

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....
(.....) (.....) (.....)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/ นายหน้าประกันชีวิต ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
 บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ _____ ใบอนุญาตเลขที่ _____

เขียนที่ _____ วันที่ _____



**ขอความยินยอมยินยอมแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล
ของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม**

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงด้วยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.rabbitlife.co.th รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.rabbitlife.co.th] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิต และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า บริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึง วัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
[] บิดา/มารดา [] ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ กรณีที่ท่านไม่ให้ความยินยอมแก่บริษัทหรือถอนความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน อาจทำให้บริษัทไม่สามารถพิจารณารับประกันภัย หรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยแก่ท่านได้

แบบฟอร์มขอความยินยอม

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ” หรือ “เรา”) ตระหนักถึงความสำคัญของการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล จึงขอความยินยอมจากท่านในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่ได้รับจากท่านโดยตรงหรือจากแหล่งอื่น (สำหรับกรณีที่ไม่สามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นได้ นอกเหนือจากความยินยอม) เพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

กรุณาทำเครื่องหมายถูก ลงในหน้าข้อความที่ท่านประสงค์จะให้ความยินยอม

ท่านให้ความยินยอมสำหรับวัตถุประสงค์ทางการตลาด

เพื่อให้ท่านไม่พลาดโอกาสในการรับข้อเสนอเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เหมาะสมกับไลฟ์สไตล์ของท่าน สิทธิพิเศษในการเข้าร่วมกิจกรรม การส่งเสริมการขาย รวมถึงข่าวสารประชาสัมพันธ์ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และโปรโมชั่นที่คัดสรรสำหรับท่านโดยเฉพาะจากบริษัทฯ บริษัทในกลุ่มระบบนิเวศข้อมูลแรบบิท (Rabbit's Data Ecosystem) และบริษัทในกลุ่ม BTS
[https://www.rabbitlife.co.th/privacy_policy/list-of-companies-in-the-bts-group]

ท่านไม่ให้ความยินยอมสำหรับวัตถุประสงค์ทางการตลาด

ท่านให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้บริษัทในกลุ่มระบบนิเวศข้อมูลแรบบิท (Rabbit's Data Ecosystem) และบริษัทในกลุ่ม BTS สามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อทำการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้รู้จักท่านดียิ่งขึ้น และสามารถนำเสนอสินค้าและบริการที่ตรงใจท่านมากยิ่งขึ้น [<https://www.rabbitlife.co.th/site/list-of-companies-in-the-bts-group/>]

ท่านไม่ให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

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

ส่งจดหมายติดต่อได้ที่ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ที่อยู่ 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชั่นนารี ปาร์ค - เซอร์ ทาวเวอร์ ชั้นที่ 23 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900
เบอร์โทรศัพท์ 02-648-3600 เวลาทำการ 08.00-17.00 น.

เว็บไซต์ www.rabbitlife.co.th หรือ **อีเมล** cs@rabbitlife.co.th

ในกรณีที่มีการเพิ่มรายชื่อบริษัทในกลุ่มระบบนิเวศข้อมูลแรบบิท (Rabbit's Data Ecosystem) บริษัทในกลุ่ม BTS รวมถึงพันธมิตรทางธุรกิจที่ท่านได้ให้ความยินยอมไว้ บริษัทฯ จะแจ้งรายชื่อที่เพิ่มขึ้นให้ท่านทราบ และขอความยินยอมจากท่านสำหรับรายชื่อบริษัทที่เพิ่มขึ้น

ลงชื่อ _____ เจ้าของข้อมูล

(_____) ตัวบรรจง

เบอร์โทรติดต่อ _____

วันที่ _____