

ใบนำส่งงานช่องทางการขายแบบพบหน้า

วันที่.....

สาขา ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....บริษัทศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์.....รหัสตัวแทน.....59640
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัยแบบประกัน.....

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.....

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

☐ หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการศึกษา (ถ้ามี)

☐ หนังสือแจ้งขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านธนาคาร + สำเนาหน้า Book Bank กรณีมีเงินคืนระหว่างสัญญา (ถ้ามี)

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

☐ อื่น ๆ ระบุ

ช่องทางการจัดส่งเล่มกรมธรรม์ ☐ ไปรษณีย์ถึงลูกค้า ☐ ตัวแทนรับเล่มกรมธรรม์ที่บริษัท ☐ ส่งเล่มกรมธรรม์ทางไปรษณีย์ที่สาขาตัวแทน

Note.....

ส่วนที่ 2 คำยืนยัน

การพิสูจน์ทราบตัวตนของ

☐ ผู้ขอเอาประกันภัย

☐ ผู้ปกครองโดยชอบธรรม

ข้าพเจ้า ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต ผู้เสนอขายแผนการประกันภัยตามใบคำขอ ฯ ที่นำส่งนี้
ขอยืนยันว่า

☐ ทำการตรวจสอบข้อมูลการแสดงผลของลูกคำข้อมูลถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

☐ เปรียบเทียบใบหน้าลูกคำ กับบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัว
บัตรประชาชนของลูกคำแล้วนำเชื่อว่าลูกคำเป็นเจ้าของข้อมูลจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของลูกคำเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
จึงลงนามไว้เป็นหลักฐานเรียบร้อยแล้ว จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ

ลงชื่อผู้รับเอกสาร.....วันที่.....

.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินลูกค้าประเภทบาง

(ผู้เสนอขายสอบถามข้อมูลหรือพิจารณาลักษณะ จากการพูดคุย ได้ตอบ สืบสาร
หากผู้สมัครขอเอาประกันภัยมีลักษณะต่อไปนี้ให้ถือว่าเป็นลูกค้าประเภทบาง)

☐ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป(อายุตามใบเสนอขาย)

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

☐ เป็นผู้มีความรู้จำกัดด้านการเงิน หรือไม่เคยซื้อผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตมาก่อน

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

ลงชื่อ.....ตัวแทน / นายหน้าประกันชีวิต

(.....)ตัวบรรจง



หน่วย : บาท

ใช้ชีวิตได้อย่างมั่นใจ ด้วยประกันอุบัติเหตุจาก Rabbit Life

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง	PA MINI		PA EXPLORE			PA SAFEGUARD		
	แผน 500,000	แผน 1,000,000	แผน 200,000	แผน 500,000	แผน 1,000,000	แผน 200,000	แผน 500,000	แผน 1,000,000
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)								
จากกรณีอุบัติเหตุทั่วไป	500,000	1,000,000	200,000	500,000	1,000,000	200,000	500,000	1,000,000
จากกรณีถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	250,000	500,000	100,000	250,000	500,000	100,000	250,000	500,000
จากกรณีขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	250,000	500,000	100,000	250,000	500,000	100,000	250,000	500,000
จากอุบัติเหตุสาธารณะ (รวมผลประโยชน์)	-	-	-	-	-	400,000	1,000,000	2,000,000
2. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล/ครึ่ง	-	-	10,000	25,000	50,000	10,000	25,000	50,000
3. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	-	-	-	-	-	1,000	1,000	1,000
เบี้ยประกันสำหรับอายุรับประกันภัย 6 ปี - 60 ปี								
เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 1	1,160	2,310	1,250	2,330	4,140	2,140	3,320	5,280
เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 2	1,620	3,240	1,720	3,220	5,730	2,940	4,580	7,320
เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 3	2,080	-	2,190	4,110	-	3,740	5,850	-

เงื่อนไขการรับประกันภัย

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

ตัวอย่างข้อยกเว้นทั่วไป กรณีที่บริษัทจะไม่คุ้มครอง

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

ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย

โอนเงินเข้าบัญชีหรือส่งจ่ายเช็คในนาม บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

*ทั้งนี้ บริษัทไม่มีนโยบายรับชำระเบี้ยประกันภัยโดยเงินสด หรือการโอนเงินเข้าบัญชีของพนักงาน ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต

ข้อควรทราบ

- เอกสารฉบับนี้จัดทำเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ ผู้เอาประกันภัยโปรดศึกษาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในสัญญากรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทออกให้
- ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการชำระเบี้ยประกันภัย การที่พนักงานหรือลูกจ้างของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัย เป็นการให้บริการเท่านั้น
- PA MINI, PA EXPLORE และ PA SAFEGUARD เป็นชื่อทางการตลาดของแบบประกันกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

(ลงชื่อ)

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทน

เลขที่ใบอนุญาตเบอร์ติดต่อวัน/เดือน/ปี และเวลาเสนอขาย

กรุณานับหลักฐานแสดงตัว ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน
- กรณีผู้เยาว์ แบบเพิ่มสำเนาบัตรประชาชนของบิดา/มารดา และ สูติบัตร (กรณีอายุต่ำกว่า 7 ปี)

การจำแนกชั้นอาชีพ

การจำแนกชั้นอาชีพตามลักษณะของงานในอาชีพ พิจารณาลักษณะหน้าที่ที่ต้องทำในอาชีพนั้น ๆ โดยแบ่งออกเป็น 4 ชั้น ดังนี้

ชั้นอาชีพ 1 ได้แก่ ผู้ที่ทำงานโดยลักษณะของงานไม่ต้องใช้กำลังกาย ประกอบอาชีพในสำนักงานหรือที่อยู่อาศัย เช่น เจ้าของบริษัท พนักงานในสำนักงาน นายธนาคาร เป็นต้น

ชั้นอาชีพ 2 ได้แก่ ผู้ที่ต้องปฏิบัติงาน หรือควบคุมงานภายนอกสำนักงาน หรือต้องออกตรวจตลาด ออกตรวจงาน รวมทั้งผู้ที่ทำงานในสำนักงานแต่ต้องใช้กำลังกายบ้าง เช่น ยามไม่พกอาวุธ/พกอาวุธ สัตวแพทย์ หัวหน้าฝ่าย - สายงานผลิต(โรงงาน) และเจ้าของนา/สวน /ไร่ เจ้าของฟาร์ม เป็นต้น

ชั้นอาชีพ 3 ได้แก่ ผู้ที่ต้องปฏิบัติงานที่ต้องใช้กำลังกายมากกว่าผู้ที่อยู่ในชั้นอาชีพ 2 หรือลักษณะงานมีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น ช่างซ่อมเครื่องใช้ไฟฟ้า ช่างแอร์ ช่างเชื่อม ช่างเหล็ก คนขับรถบรรทุก เป็นต้น และคนงาน /ลูกจ้าง ใน นา/สวน/ไร่/ฟาร์ม เป็นต้น

ชั้นอาชีพ 4 ได้แก่ ผู้ที่ต้องใช้กำลังกาย หรือใช้เวลาอยู่กลางแจ้งมาก หรือลักษณะงานมีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น ขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง ช่างติดตั้ง ช่อมแซม บำรุง - ทำงานที่สูง เป็นต้น

เลขที่บัญชีสำหรับชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต ชื่อบัญชี "บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)"

 ธนาคารกรุงไทย สำนักงานใหญ่ เลขที่บัญชี 001-2-26659-8

 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเพลินจิตเซ็นเตอร์ เลขที่บัญชี 216-2-03920-6

 ธนาคารกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ เลขที่บัญชี 101-7-36375-3

 ธนาคารทหารไทยธนชาติ สาขาสีลม เลขที่บัญชี 118-1-05179-6



บริษัท แสบบิก ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Rabbit Life Insurance Public Company Limited
สำนักงานใหญ่ : 1000/9 อาคารนิโอส วิชั่นารี ปาร์ค - ใต้ 23 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900
Head Office : 1000/9 BTS Visionary Park - South Tower, 23rd floor, Phahonyothin Road, Chomphon Sub-district, Chatuchak District, Bangkok 10900
Call Center 02 648 3600 Fax: 02 648 3555 www.rabbitlife.co.th
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล
(ชนิดมีคำถามสุขภาพแบบสั้น)

ค่าเดือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ
ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ ชื่อตัวแทน รหัสตัวแทน ทีม
ช่องทางการขาย ผ่านตัวแทน / ผ่านนายหน้า

ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี
ความสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.) เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง ☐ อื่น ๆ
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ สัญชาติ
อาชีพปัจจุบัน ลักษณะงาน/ตำแหน่งงาน รายได้รวมต่อปี บาท ชั้นอาชีพ
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
ที่อยู่ปัจจุบัน
ที่อยู่ทำงาน
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ อีเมล
สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ
กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการติดต่อและจัดส่งเอกสารตามข้อมูลที่ระบุไว้ในส่วนข้อมูลผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์

ข้อมูลผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์)

ชื่อ-สกุล เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
อาชีพปัจจุบัน ลักษณะงาน/ตำแหน่งงาน รายได้รวมต่อปี บาท
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง ☐ อื่น ๆ
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ สัญชาติ
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
ที่อยู่ปัจจุบัน
ที่อยู่ทำงาน
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ อีเมล
สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อ - สกุลผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	อายุ (ปี)	ร้อยละของ ผลประโยชน์	ที่อยู่

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาว่าป่วยเป็นโรคต่อไปนี้ โรคลมชัก ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคเบาหวาน
โรคเมเร็ง อวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการทางร่างกาย ความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหู โรคทางจิตเวช หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจรักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

2. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทนี้ หรือกับบริษัทอื่นหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีหรือได้ขอ ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง จำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมด กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด บาท

โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทนี้ หรือกับบริษัทอื่น

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

แบบประกัน

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)							
	PA MINI		PA EXPLORE			PA SAFEGUARD		
	แผน 500,000	แผน 1,000,000	แผน 200,000	แผน 500,000	แผน 1,000,000	แผน 200,000	แผน 500,000	แผน 1,000,000
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)								
จากกรณีอุบัติเหตุทั่วไป	500,000	1,000,000	200,000	500,000	1,000,000	200,000	500,000	1,000,000
จากกรณีถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	250,000	500,000	100,000	250,000	500,000	100,000	250,000	500,000
จากกรณีขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	250,000	500,000	100,000	250,000	500,000	100,000	250,000	500,000
จากอุบัติเหตุสาธารณะ (รวมผลประโยชน์)	-	-	-	-	-	400,000	1,000,000	2,000,000
2. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล/ครั้ง	-	-	10,000	25,000	50,000	10,000	25,000	50,000
3. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล	-	-	-	-	-	1,000	1,000	1,000
เบี้ยประกันภัยรวม/ปี								
สำหรับอายุรับประกันภัย 6 ปี - 60 ปี								
เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 1	☐ 1,160	☐ 2,310	☐ 1,250	☐ 2,330	☐ 4,140	☐ 2,140	☐ 3,320	☐ 5,280
เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 2	☐ 1,620	☐ 3,240	☐ 1,720	☐ 3,220	☐ 5,730	☐ 2,940	☐ 4,580	☐ 7,320
เบี้ยประกันรายปี ชั้นอาชีพ 3	☐ 2,080	-	☐ 2,190	☐ 4,110	-	☐ 3,740	☐ 5,850	-

ชำระเบี้ยประกันภัยแบบ ☐ รายปี เริ่มต้นวันที่ สิ้นสุดวันที่

☐ รายเดือน เริ่มต้นวันที่ กรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนมีการต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ บาท ชำระโดย ☐ บัตรเครดิต ☐ โอนเงินเข้าบัญชีบริษัท หมายเลขบัตรเครดิต/เลขบัญชีธนาคาร ธนาคาร

..... บัตรหมดอายุ (กรณีบัตรเครดิต) เมื่อวันที่

การแจ้งความประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ : ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ วันที่

ลงชื่อ ลงชื่อ ลงชื่อ

(.....) (.....) (.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

☐ ตัวแทน ☐ นายหน้าประกันภัย (ชื่อ - สกุล) ใบอนุญาตเลขที่.....



ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริงบริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.rabbitlife.co.th รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.rabbitlife.co.th ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงานคปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

หมายเหตุ : กรณีที่ท่านไม่ให้ความยินยอมแก่บริษัทหรือถอนความยินยอมในการรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน อาจทำให้บริษัทไม่สามารถพิจารณารับประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยแก่ท่านได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

แบบฟอร์มขอความยินยอม
บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

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

กรุณาทำเครื่องหมายถูก ☒ ลงในหน้าข้อความที่ท่านประสงค์จะให้ความยินยอม

ท่านให้ความยินยอมสำหรับวัตถุประสงค์ทางการตลาด

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

- ☐ ท่านไม่ให้ความยินยอมสำหรับวัตถุประสงค์ทางการตลาด

ท่านให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

- ☐ เพื่อให้บริษัทในกลุ่มระบบนิเวศข้อมูลแรบบิท (Rabbit’s Data Ecosystem) และบริษัทในกลุ่ม BTS สามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อทำการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้รู้จักท่านดียิ่งขึ้น และสามารถนำเสนอสินค้าและบริการที่ตรงใจท่านมากยิ่งขึ้น [https://www.rabbitlife.co.th/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 _____

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-สกุลผู้ออปปริมาณภัย/ผู้ออปปริมาณภัย

จำนวนเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

กรณีเจ้าของบัตรเครดิตไม่ใช่ผู้ออปปริมาณภัย รบกวนระบุความสัมพันธ์เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้ออปปริมาณภัย

☐ บิดา / มารดา ☐ สามเณร / 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



ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลกรมธรรม์ผ่านระบบ iService



นโยบายความเป็นส่วนตัวสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล (เจ้าของบัตรเครดิต)