เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (Death Claim)

- **<u>กรณีมรณกรรมโดยธรรมชาติ หรือกรณีเจ็บป่วย</u>**
  - ☐ แบบฟอร์มคำขอรับเงินสินไหมทดแทนการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย **<u>ต้นฉบับ</u>** ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ทุกท่าน หรือ ผู้ปกครอง หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรมกรณีเป็นผู้เยาว์ หรือผู้จัดการมรดก (หนึ่งใบต่อผู้เรียกร้องสิทธิหนึ่งท่าน)
  - ☐ สำเนามรณบัตรของผู้เอาประกัน
  - ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน ที่มีการประทับตราจำหน่าย **"ตาย"**
  - ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน
  - ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน หรือผู้จัดการมรดก
  - ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน หรือผู้จัดการมรดก
  - ☐ ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน หรือผู้จัดการมรดก (หนึ่งภาพต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งท่าน)
  - ☐ ใบรายงานแพทย์ผู้รักษากรณีมรณกรรมตามแบบฟอร์มของบริษัทฯต้นฉบับ
  - ☐ สำเนาหนังสือรับรองการตาย
  - ☐ หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา **<u>ต้นฉบับ</u>**
  - ☐ กรมธรรม์**<u>ฉบับจริง</u>** : หากกรมธรรม์สูญหายสามารถใช้รายงานประจำวันแจ้งกรมธรรม์สูญหายต้นฉบับแทน
  - ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน หรือผู้จัดการมรดก
  - ☐ การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริการเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้รับผลประโยชน์และแบบแจ้งสถานะผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา) สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา **<u>ต้นฉบับ</u>** (หนึ่งใบต่อผู้เรียกร้องสิทธิหนึ่งท่าน)

- **<u>กรณีมรณกรรมโดยผิดธรรมชาติ เช่นด้วยอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือไม่ทราบสาเหตุ ฯลฯ แนบเอกสารเพิ่มเติมดังนี้</u>**
  - ☐ สำเนารายงานประจำวันเกี่ยวกันคดี หรือรายงานการตรวจศพ
  - ☐ สำเนาใบรายงานการชันสูตรพลิกศพจากสถาบันนิติเวชวิทยา (ด้านหน้า-หลัง)

<u>เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องส่งเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี</u>

- ☐ กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง
- ☐ สำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดก, สำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครองผู้เยาว์, สำเนาคำสั่งศาลให้เป็นบุคคลสาบสูญ
- ☐ หลักฐานประกอบอื่นๆ เช่น ในกรณีอุบัติเหตุที่มีการจ่ายชดเชย 2 เท่า ถ้ามีตั๋วรถโดยสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้โดยสารจริงและได้เดินทางไปกับพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ
- ☐ กรณีเรียกร้องสินไหมมรณกรรม**<u>กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม</u>** ต้องแนบหนังสือรับรองการทำงานของสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม **<u>ต้นฉบับ</u>**

****ลงนามรับรองเอกสารโดยผู้รับประโยชน์ทุกฉบับ****

สำนักงานใหญ่ : 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชันนารี ปาร์ค - เซาธ์ ทาวเวอร์ ชั้นที่ 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

กรณีที่ผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์**

ผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 7 ปี
1. สำเนาสูติบัตรของผู้เยาว์ 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เยาว์ 3. สำเนาบัตรประชาชน* ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม 4. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครองผู้เยาว์) 5. ภาพถ่ายหน้าตรงของผู้เยาว์ 6. ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชนของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม สำเนาเอกสารของผู้เยาว์ต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

ผู้เยาว์อายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป
1. สำเนาบัตรประชาชน* ของผู้เยาว์ 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เยาว์ 3. สำเนาบัตรประชาชน* ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม 4. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีไม่ใช่บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครองผู้เยาว์) 5. ภาพถ่ายหน้าตรงของผู้เยาว์ 6. ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชนของผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม สำเนาเอกสารของผู้เยาว์ต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

หมายเหตุ

1. กรณีผู้เอาประกัน/ผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 7 ปี) ที่ยังไม่มีบัตรประชาชน ให้ใช้สำเนาสูติบัตรแทน
2. สำเนาเอกสารของผู้รับประโยชน์ทุกฉบับ ต้องลงนามรับรองสำเนาโดยเจ้าของข้อมูลแต่ละท่าน หรือโดยผู้แทนโดยชอบธรรมกรณีที่เป็นผู้เยาว์**
3. สำเนาเอกสารของผู้เอาประกันทุกฉบับ ต้องรับรองสำเนาโดยผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์กรณีที่เป็นผู้เยาว์**

หรือผู้จัดการมรดก คนใดคนหนึ่ง (แล้วแต่กรณี)

*** โปรด ขีดฆ่าทับ/ปกปิด/ลบ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชน จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการขีดทับนั้น หากไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัท ฯ ดำเนินการขีดฆ่าทับ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” แทนท่านได้**

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร:: ฝ่ายพิจารณาสินไหม บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชันนารี ปาร์ค – เซาธ์ ทาวเวอร์ ชั้นที่ 23 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900 โทร 02-648-3600

☐หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ Call Center โทร 02-648-3600, LINE: @rabbit_life หรือ E-mail: cs@rabbitlife.co.th
ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันศุกร์ 08.00 – 17.00 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

สำนักงานใหญ่ : 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชันนารี ปาร์ค - เซาธ์ ทาวเวอร์ ชั้นที่ 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

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Rabbit Life Insurance Public Company Limited

คำขอรับเงินสินไหมทดแทนการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย (1 ฉบับต่อผู้เรียกร้องสิทธิ 1 ท่าน)

1. รายละเอียดของผู้เอาประกัน (ผู้เสียชีวิต) ☐ Individual Insurance ☐ Group Insurance

ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี หมายเลขกรมธรรม์_____ จำนวนเงินเอาประกัน _____ บาท

อาชีพ/ลักษณะงานครั้งสุดท้ายของผู้เอาประกัน _____ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง _____

ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ผู้เอาประกันมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้า "มี" โปรดระบุ

ชื่อบริษัทประกันภัย	เลขที่กรมธรรม์	วันเริ่มสัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. รายละเอียดการเสียชีวิต

วัน/เดือน/ปีที่เสียชีวิต _____ เวลา _____ น. สถานที่เสียชีวิต _____

สาเหตุการเสียชีวิต _____

ผู้เอาประกันภัยมีอาการแสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อใด อาการ _____ เมื่อวันที่ _____

รักษาครั้งแรก (วัน/เดือน/ปี) _____ สถานพยาบาล _____

รักษาครั้งสุดท้าย (วัน/เดือน/ปี) _____ สถานพยาบาล _____

3. รายละเอียดของผู้รับประโยชน์

ชื่อ-สกุล _____ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง _____ วันเดือนปีเกิด_____

อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์ _____ เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวกให้ติดต่อ _____ อาชีพ/ลักษณะงาน _____

รายได้ต่อปี_____บาท

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ชื่อสถานที่ทำงาน_____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ท่านประสงค์รับเงินสินไหมโดย ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร _____ เลขที่บัญชี _____ **(พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)**

☐ ขอรับเป็นเช็ค ที่อยู่ในการจัดส่ง _____

_____ **(ต้องมีผู้เซ็นต์รับเอกสารกับบุรุษไปรษณีย์)**

ท่านเป็นผู้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ถ้าไม่ใช่ ท่านใช้สิทธิในฐานะใดในการยื่นคำขอรับเงินครั้งนี้) ระบุ _____

3.1 รายละเอียดของผู้เรียกร้องสินไหม (กรณีไม่ใช่ผู้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์)

ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์ _____ เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวกให้ติดต่อ _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ที่อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน) วันที่ _____	ลงชื่อ : _____ (_____) ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ที่อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์) วันที่ _____
ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)	ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง (_____)

หมายเหตุ : 1. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน
กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์
2. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ (ระบุว่าข้างใด) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

สำนักงานใหญ่ : 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชันนารี ปาร์ค - เซาธ์ ทาวเวอร์ ชั้นที่ 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

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Rabbit Life Insurance Public Company Limited

บริษัท ฯ จะไม่รับผิดชอบค่าใช่จ่ายในการออกเอกสารฉบับนี้

ใบรายงานแพทย์ผู้รักษากรณีมรณกรรม

ชื่อ-สกุลผู้เสียชีวิต _____ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง_____อายุ _____ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ที่อยู่ _____
สถานพยาบาลที่ทำการรักษา _____ #HN. _____#AN. _____
ชื่อแพทย์ที่รักษา _____

รายละเอียดการเสียชีวิต

1. วัน/เดือน/ปีที่เสียชีวิต _____ เวลา _____ น. สถานที่เสียชีวิต _____
   สาเหตุการเสียชีวิต _____
   สาเหตุนำ _____ สาเหตุแทรกซ้อน _____
2. วัน/เดือน/ปี ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้ _____
   จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วย/หรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการของโรค หรืออาการผิดปกติต่างๆอย่างไรบ้าง
   _____
   อาการของโรคหรืออาการผิดปกติตามข้อ 2 นั้นเป็นมานานเท่าไร (โปรดระบุวัน เดือน ปี ที่มีอาการผิดปกติ)
   _____
3. ท่านรู้จักกับผู้ตายมานานเท่าใด _____ ในทัศนะของท่าน ผู้ตายเจ็บป่วยมานานเท่าใด _____
   ผู้ตายมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆอีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วย/และหรือญาติผู้ป่วย) ถ้ามี โรคอะไรบ้างเป็นมานานเท่าใด
   _____
4. ท่านทราบหรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่นและที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่
   หากทราบกรุณาแจ้งรายละเอียดดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อสถานพยาบาล/ชื่อแพทย์	โรคหรืออาการที่รักษา

5. สาเหตุการถึงแก่กรรมสืบเนื่องมาจาก ☐ อุบัติเหตุ(Accident) ☐ การทำอัตวินิบาตกรรม(Suicide) ☐ ฆาตกรรม(Murder)
   โปรดอธิบาย _____
   ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่ _____
   สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่ _____
   มีการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์หรือไม่ (หากมี โปรดระบุผลการตรวจ) _____
   มีการตรวจปริมาณสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี โปรดระบุผลการตรวจ) _____
   มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุปนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัย
   _____
6. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีทางการแพทย์หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี
   _____
7. ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้ _____ ซม. น้ำหนัก_____กก. ตำหนิที่เป็นแผลเป็น _____
8. ความเห็นอื่น ๆ _____
   _____

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง _____ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ _____
คุณวุฒิ _____ ประจำโรงพยาบาล/สถานพยาบาล _____
ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายงานแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้รักษา
(_____)
วันที่ _____

CLA_07072025

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Rabbit Life Insurance Public Company Limited

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ _____
วันที่ _____

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี
บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
เลขประจำตัวประชาชน _____ หรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่น ๆ ของ _____ เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ ***บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)*** หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท ขอคัด หรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณาชดใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือเงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์ และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายโดยให้หนังสือฉบับนี้มีผลใช้บังคับจนกว่าจะชดใช้เงินตามสัญญาประกันภัยฉบับที่ให้ความยินยอมนี้แล้วเสร็จ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง **สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ**

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

หมายเหตุ :
1. ถ้าผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (เขียนระบุว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้มีพยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน
2. หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิ์ของแผนกพิจารณารับประกันภัยและสินไหม ***บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)*** ใช้ได้เฉพาะผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ
ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

CLA_07072025

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Rabbit Life Insurance Public Company Limited

เลขที่ใบคำขอเอาประกัน / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย
(Application Form No. / Policy No.)

.....

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุง
การปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของบุคคลธรรมดา

1. ข้อมูล (Information)

☐ ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary Name) ☐ ผู้รับโอนสิทธิ(Absolute Assignment)	ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้รับประโยชน์หรือของผู้รับโอนสิทธิ (กรณีผู้รับประโยชน์หรือผู้รับโอนสิทธิยังไม่บรรลุนิติภาวะ) (Legal Representative/ Legal Guardian)
คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล (Title, Name-Surname) ..... **เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง** (Citizen ID / Passport No.)	**คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล** (Title, Name-Surname) ..... **เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง** (Citizen ID / Passport No.) .....

A. **ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่** (Do you have citizenship of a country of birth Related to the United States?)

☐ ไม่มี (No) ☐ มี โปรดระบุ (Yes, Please specify) ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน (Hold an American nationality) ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา (Born in United State) ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา (Hold an American nationality and was born in United State)	☐ ไม่มี (No) ☐ มี โปรดระบุ (Yes, Please specify) ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน (Hold an American nationality) ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา (Born in United State) ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา (Hold an American nationality and was born in United State)

B. **ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่**
(Are you a holder of any U.S. Permanent Resident Card (e.g. Green Card)?

☐ ไม่เป็น (No) ☐ เป็น (Yes) ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ (Previously held and no longer valid) กรณีเป็นหรือเคย โปรดระบุ (If you are or have been, please specify) เลขที่ (No.) ..... วันบัตรหมดอายุ (Expiry Date)	☐ ไม่เป็น (No) ☐ เป็น (Yes) ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ (Previously held and no longer valid) กรณีเป็นหรือเคย โปรดระบุ (If you are or have been, please specify) เลขที่ (No.) ..... วันบัตรหมดอายุ (Expiry Date) .....

C. **ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่** (Do you have tax obligations to the Internal Revenue Service of the United States ?)

☐ ไม่มี (No) ☐ มี (Yes)	☐ ไม่มี (No) ☐ มี (Yes)

D. **ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)**
Do you have the status of the U.S. resident for U.S. tax purposes? (For example, having resided in the United States for at least 183 days in the previous calendar year)

☐ ไม่มี (No) ☐ มี (Yes)	☐ ไม่มี (No) ☐ มี (Yes)

2. คำรับรอง (Certification)

1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA (I acknowledge that the Life Insurance Company (“Company”) has obligations or must comply with FATCA law.)

2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA (I acknowledge that the Company needs to collect, use , or disclose any of my information that the Company is obligated to disclose to government agencies in the country or abroad to comply with FATCA law.)

3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด (I will provide additional information as requested by the Company to comply with FATCA law in writing within the specified timeframe.)

4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัทราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายใน 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล (I will notify the Company in case of any change in status or information that I have previously provided to the Company, If such changed status or information is related to the United States, within 30 days from the date of the change in status or information.)

5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม 3) และ 4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA (In case I do not disclose information as per 3) and 4), I grant the Company the right to report my information to government agencies in the country or abroad to comply with FATCA law.)

สำนักงานใหญ่ : 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชันนารี ปาร์ค - เซาธ์ ทาวเวอร์ ชั้นที่ 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

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Rabbit Life Insurance Public Company Limited

แบบฟอร์มรับรองตนเองตาม CRS สำหรับบุคคลธรรมดา (CRS Self-Certification form for individual Customer)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประจำตัวและที่อยู่อาศัยทางภาษี/ Part 1 Your identification and tax residence

☐ **ผู้รับประโยชน์**(Beneficiary Name) ☐ **ผู้รับโอนสิทธิ**(Absolute Assignment)	**ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้รับประโยชน์หรือของผู้รับโอนสิทธิ (กรณีผู้รับประโยชน์หรือผู้รับโอนสิทธิยังไม่บรรลุนิติภาวะ)** (Legal Representative/ Legal Guardian)
คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล (Title, Name-Surname) ..... **เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง** (Citizen ID / Passport No.)	**คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล** (Title, Name-Surname) ..... **เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง** (Citizen ID / Passport No.) .....
เมืองที่เกิด (City/State of Birth)..... ประเทศที่เกิด (ห้ามใช้อักษรย่อ)(Country)	เมืองที่เกิด (City/State of Birth)..... 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) / เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย

	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
ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary)	1.		☐ A ☐ B ☐ C ☐ Reason (B) .....
	2.		☐ A ☐ B ☐ C ☐ Reason (B) .....
ผู้แทนโดยชอบธรรม (Legal Representative/Legal Guardian)	1.		☐ A ☐ B ☐ C ☐ Reason (B) .....
	2.		☐ A ☐ B ☐ C ☐ Reason (B) .....

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีกรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้ 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

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน I confirm that the above information is true, complete, accurate and current.
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้อมูลที่เกี่ยวกับข้าพเจ้าและบัญชีที่ต้องรายงาน 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.
3. ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบ และนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หากมีการเปลี่ยนแปลงตามที่ได้แถลงไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือ ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่เป็น that cause the provided information in this form to be incorrect, incomplete and not current.
4. ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าหากข้าพเจ้านำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัทมีสิทธิใช้ดุลยพินิจ ฝ่ายเดียวในการยุติความสัมพันธ์กับ 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 be signing below.

ลายมือชื่อ **ผู้รับผลประโยชน์**(Beneficiary)/**ผู้รับโอนสิทธิ**(Absolute Assignment)	**ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม (กรณีผู้รับประโยชน์หรือผู้รับโอนสิทธิ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)** (Legal Representative/ Legal Guardian)
ลายมือชื่อ Signature :	.....
ชื่อ (ตัวบรรจง) Name :	.....
วันที่ Date :	.....

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท (Privacy Policy)

สำนักงานใหญ่ : 1000/9 อาคารบีทีเอส วิชันนารี ปาร์ค - เซาธ์ ทาวเวอร์ ชั้นที่ 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