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

เอกสารที่ใช้ประกอบการขอเปลี่ยนแปลง

ตัวจริง สำเนา

☐	☑	แบบฟอร์มคำขอเปลี่ยนแปลง
☐	☑	บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (หน้า-หลัง) เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
☐	☑	รูปถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชน หรือ รูปถ่ายหน้าตรงที่เป็นปัจจุบันของผู้เอาประกันภัย
☐	☑	เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง

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

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ www.rabbitlife.co.th

ติดต่อยื่นคำร้องด้วยตนเองได้ที่บริษัทฯ / หรือส่งเอกสารทางไปรษณีย์

บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) **(ฝ่ายบริการผู้ถือกรมธรรม์)**
เลขที่ 175 อาคารสาธรซิตี้ ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1
ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

ผู้นำส่ง : .....วันที่.....เวลา.....
ผู้ตรวจสอบ : .....วันที่.....เวลา.....
ผู้รับเอกสาร : .....วันที่.....เวลา.....

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

ตัวแทน.....เลขที่ใบอนุญาต...../.....รหัสพนักงาน.....รหัสหน่วยงาน.....สำนักงาน.....

คำขอเปลี่ยนแปลง

☐ ก่อนออกกรมธรรม์ประกันภัย ☐ หลังออกกรมธรรม์ประกันภัย

วันที่ตามใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ

...../.....

◯ **ใบคำขอเอาประกัน** ◯ **กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่.....** **วันที่ยื่น...../...../.....**

ชื่อผู้ขอเอาประกันชีวิต / ผู้เอาประกัน.....

เนื่องจากข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลง-แก้ไข ในใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้

1.◯ ขอเปลี่ยนแปลงงวด ชำระเบี้ยประกันภัยเดิมจากราย.....เปลี่ยนเป็น ☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน

2.◯ ขอเปลี่ยนแปลง ☐ เพิ่ม ☐ ลด จำนวนเงินเอาประกันภัยหลักเป็น.....(กรณีเพิ่ม กรุณากรอกแบบฟอร์มการแถลงสุขภาพ แผ่นที่ 2)

3.◯ ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม (กรณี เพิ่ม กรุณากรอกแบบฟอร์มการแถลงสุขภาพ แผ่นที่ 2)

รายละเอียดขอเปลี่ยนแปลง	สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย
☐ เพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ เอ ไอ	.....
☐ เพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ เอ ดี ดี	.....
☐ เพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ เอ ดี บี	.....
☐ เพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก	บันทึกสลักหลัง อาร์ ซี ซี (เอ ไอ)	.....
☐ เพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก	บันทึกสลักหลัง อาร์ ซี ซี (เอ ดี ดี)	.....
☐ เพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติม ดับบลิว พี	.....
☐ เพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติม พี บี	.....
☐ เพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก	อื่น ๆ.....	.....
☐ เพิ่ม ☐ ลด ☐ ยกเลิก	อื่น ๆ.....	.....

4.◯ ขอเปลี่ยนแปลงอาชีพ และยอมรับการปรับเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยเนื่องจากอาชีพ.....

5.◯ ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล ที่ถูกต้องเป็น.....

6.◯ ขอเปลี่ยนแปลง วัน เดือน ปี เกิดที่ถูกต้องเป็น.....

7.◯ ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ เป็น ชื่อสถานที่.....เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

8.◯ ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินที่จ่ายคืนตามกรมธรรม์
☐ ขอรับเงินสด ☐ หักชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ซื้อกรมธรรม์ประกันภัยเพิ่มแบบใช้เงินสำเร็จ ☐ ฝากไว้กับบริษัท โดยมีดอกเบี้ย

9.◯ ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
☐ แบบใช้เงินสำเร็จ ☐ ขยายระยะเวลา

10.◯ ขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ ....
(ลายเซ็นเก่า) (ลายเซ็นใหม่)

11.◯ ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จากเดิมเป็น (หากมากกว่า 2 คน โปรดระบุเพิ่มเติมในช่องอื่น ๆ)

ชื่อ นามสกุล	**อายุ**	**ความสัมพันธ์**	**ผลประโยชน์ (%)**	**ที่อยู่**
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

12.◯ อื่น ๆ.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงและข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษา หรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลยตั้งแต่วันที่ยื่นใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าวและขอรับรองต่อไปอีกว่า ถ้อยแถลงทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าด้วยว่ายังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ โดยเริ่มมีผลบังคับตามวันที่ของกรมธรรม์ประกันภัย

สถานที่ทำ.....
วันที่.....เดือน.....ปี.....

ลงชื่อ.....พยานตัวแทน
( )

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย
( )

ลงชื่อ.....พยาน
( )

ลงชื่อ.....ความสัมพันธ์.....
(บิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์

หมายเหตุสำหรับคำขอเปลี่ยนแปลงออกกรมธรรม์

1.กรณีขอเปลี่ยนแปลงต่างๆ โปรดกรอกเอกสารที่เป็นทางการ หรือ หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์

2.หากมีข้อสงสัยประการใด หรือ ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โทรศัพท์ 02 648 3600 โทรสาร 02 648 3920

FOR OFFICE USE : UPDATED BY.....DATE.....

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

แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพ (Health Declaration Form)

กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ _____ชื่อ – สกุล ผู้เอาประกันภัย_____

1.อาชีพ ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ_____

2 ข้อมูลสุขภาพ ที่แถลงตามความเป็นจริง เพื่อให้บริษัทใช้ประกอบการพิจารณาการขอคืนสภาพกรมธรรม์ ส่วนสูง_____ซม. น้ำหนัก_____กก.

2.1 ภายในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยตรวจสุขภาพหรือปรึกษาแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือเข้ารับการผ่าตัด เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

2.2 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคตับ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคไต โรคเบาหวาน เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ โรคมะเร็ง โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิการทางร่างกาย โรคจิต โรคประสาท หรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

2.3 ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่ายผิดปกติ เจ็บหรือแน่นหน้าอก ปวดท้องเรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง ปวดข้อเรื้อรัง จ้ำเลือด น้ำหนักลด ☐ เคย ☐ ไม่เคย

2.4 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

2.5 ท่านมี หรือเคยมีหรือกำลังขอ ประกันชีวิต ประกันสุขภาพ ประกันอุบัติเหตุ กับบริษัทอื่นใดหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

ถ้าคำตอบทั้ง 2.1 – 2.3 ตอบว่าเคย โปรดให้รายละเอียดว่าเป็นอะไร เมื่อใด รักษาที่ไหน ผลเป็นอย่างไร รายละเอียดการรักษาปัจจุบันมีภาวะแทรกซ้อนและ หรือมีอาการเป็นอย่างไร ส่วนข้อ 2.4 – 2.5 ระบุว่าเป็นบริษัทใด เมื่อใด สาเหตุ และผลหรือสถานะของกรมธรรม์เป็นอย่างไร

_____

_____

_____

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี) การให้ถ้อยคำการมอบอำนาจและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันอื่นๆ หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ทำที่_____ วัน_____เดือน_____พ.ศ._____

ลงชื่อ_____ผู้ขอเอาประกันภัย

(_____)

<u>สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น :</u>

[ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ _____ ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ _____ วันที่_____