

เอกสารที่ใช้ประกอบการขอเปลี่ยนแปลง

ตัวจริง สำเนา

- แบบฟอร์มคำขอเปลี่ยนแปลง
- สำเนาบัตรประชาชน (ด้านหน้า) เห็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- รูปถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชน หรือ รูปถ่ายหน้าตรงที่เป็นปัจจุบัน
- เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) เห็นรับรองสำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ : โปรด ชี้แจงว่าทับ / 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 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1

ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

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

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

คำขอเปลี่ยนแปลง
 ก่อนออกกรมธรรม์ประกันภัย หลังออกกรมธรรม์ประกันภัย
 วันที่ตามใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ

ใบคำขอเอาประกัน กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่..... วันที่ยื่น...../...../.....
 ชื่อผู้ขอเอาประกันชีวิต / ผู้เอาประกัน.....

เนื่องจากข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลง-แก้ไข ในใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้
 1. ขอเปลี่ยนแปลงวง 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
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ เอ ไอ
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ เอ ดี ดี
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ เอ ดี บี
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	บันทึกสลักหลัง อาร์ ซี ซี (เอ ไอ)
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	บันทึกสลักหลัง อาร์ ซี ซี (เอ ดี ดี)
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติม คับบลิว พี
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	สัญญาเพิ่มเติม พี บี
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	อื่น ๆ.....
<input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> ยกเลิก	อื่น ๆ.....

4. ขอเปลี่ยนแปลงอาชีพ และขอรับการปรับเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยเนื่องจากอาชีพ.....
 5. ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ ชื่อสกุล ที่ถูกต้องเป็น.....
 6. ขอเปลี่ยนแปลง วัน เดือน ปี เกิดที่ถูกต้องเป็น.....
 7. ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อ เป็น ชื่อสถานที่..... เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 8. ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินที่จ่ายคืนตามกรมธรรม์
 ขอรับเงินสด หักชำระเบี้ยประกันภัย ช้อกรมธรรม์ประกันภัยเพิ่มแบบใช้เงินสำเร็จ ผากไว้กับบริษัท โดยมีดอกเบีย
 9. ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
 แบบใช้เงินสำเร็จ ขยายระยะเวลา
 10. ขอเปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ.....

11. ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ โฆษณภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ จากเดิมเป็น (หากมากกว่า 4 คน โปรดระบุเพิ่มเติมในช่องอื่น ๆ)

คำนำหน้านาม,ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	ผลประโยชน์ (%)	ที่อยู่
.....
.....
.....

12. อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสุขภาพของข้าพเจ้า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงและข้าพเจ้าไม่ได้รับการรักษาโรค การปรึกษา หรือการตรวจโรคแต่อย่างใดเลยตั้งแต่วันที่ยื่น ใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าวและขอรับรองต่อไปอีกว่า ด้อยแถลงทั้งหมดของข้าพเจ้าที่ได้เขียนไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตดังกล่าว รวมทั้งเรื่องราวทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าดังกล่าวยังคงเป็นความจริงตามเดิมทุกประการ โดยเริ่มมีผลบังคับตามวันที่ของกรมธรรม์ประกันภัย
 สถานที่ทำ..... วันที่.....เดือน.....ปี.....
 ลงชื่อ.....พยานตัวแทน..... ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย.....
 (.....) (.....)
 ลงชื่อ.....พยาน..... ลงชื่อ.....ความสัมพันธ์.....
 (.....) (.....) (บิดา/มารดา หรือผู้แทน โดยชอบธรรม) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์

หมายเหตุสำหรับคำขอเปลี่ยนแปลงออกกรมธรรม์
 1. กรณีขอเปลี่ยนแปลงต่างๆ โปรดกรอกเอกสารที่เป็นทางการ หรือ หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
 2. หากมีข้อสงสัยประการใด หรือ ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โทรศัพท์ 02 648 3600 โทรสาร 02 648 3555
FOR OFFICE USE : UPDATED BY.....DATE.....

แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพ (Health Declaration Form)

กรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ _____ ชื่อ – สกุล ผู้เอาประกันภัย _____

1.อาชีพ ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ _____

- 2 ข้อมูลสุขภาพ ที่แถลงตามความเป็นจริง เพื่อให้บริษัทใช้ประกอบการพิจารณาการขอคืนสภาพกรมธรรม์ ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก.
- 2.1 ภายในระยะเวลา 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 หรือ ไม่ เคย ไม่เคย
- 2.3 ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่ายผิดปกติ เจ็บหรือแน่นหน้าอก ปวดท้องเรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง ปวดข้อเรื้อรัง จำเผลอ น้ำหนักลด เคย ไม่เคย
- 2.4 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ เคย ไม่เคย
- 2.5 ท่านมี หรือเคยมีหรือกำลังขอ ประกันชีวิต ประกันสุขภาพ ประกันอุบัติเหตุ กับบริษัทอื่นใดหรือไม่ ถ้าคำตอบทั้ง 2.1 – 2.3 ตอบว่าเคย โปรดให้รายละเอียดว่าเป็นอะไร เมื่อใด รักษาที่ไหน ผลเป็นอย่างไร รายละเอียดการรักษาปัจจุบันมีภาวะแทรกซ้อนและ หรือมีอาการเป็นอย่างไร ส่วนข้อ 2.4 – 2.5 ระบุว่าบริษัทใด เมื่อใด สาเหตุ และผลหรือสถานะของกรมธรรม์เป็นอย่างไร เคย ไม่เคย

ข้อความยืนยันโดยผู้แถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี) การให้ข้อมูลการมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันอื่นๆ หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าตอบบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัย ต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ทำที่ _____ วัน _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
(_____)

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น :

[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ _____ ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ _____ วันที่ _____