

## เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน

- **คำสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง การสูญเสียอวัยวะ: สายตา (TPD/AI/ADD/PA)**

### การยกเว้นเบี้ยประกันภัย(WP)

- แบบฟอร์มเรียกร้องคำสินไหมทดแทน (หน้า A-B) ต้นฉบับ (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
- ใบแสดงความเห็นแพทย์รับรองอาการทุพพลภาพ ต้นฉบับ (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
- หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาต้นฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน\* (หน้า-หลังบัตร) พร้อมลงนามรับรองเอกสาร
- ภาพถ่ายหน้าตรงถ่ายคู่กับบัตรประชาชน
- อื่น ๆ เช่น ภาพถ่ายอาการปัจจุบัน, สำเนาประวัติการรักษา, ฟิล์มเอ็กซเรย์(กรณีสูญเสียอวัยวะ)

เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องส่งเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี

- กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง
- หลักฐานประกอบอื่นๆ เช่น ในกรณีอุบัติเหตุที่มีการจ่ายชดเชย 2 เท่า ถ้ามีตัวรถโดยสารหรือหลักฐานที่แสดงว่าเป็นผู้โดยสารจริงและได้เดินทางไปกับพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ

บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

### หมายเหตุ

1. รายการเอกสารที่นำส่งบริษัท ฯ หากเอกสารเป็นสำเนา ต้องลงนามรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ
2. หากท่านประสงค์ขอรับเงินโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร **โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร**
3. กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง

\* โปรด ชิดยาฆ่า/ปกปิด/ลบ ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” ใน ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชน จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับกับการชิดกั้นนั้นหากไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัท ฯ ดำเนินการชิดยาฆ่า ข้อความ “ศาสนา” “เชื้อชาติ” “หมู่เลือด” แทนท่านได้

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร:: ฝ่ายพิจารณาสินไหม บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 175 อาคารสารธรณี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

☎ หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ Call Center โทร 02-648-3600, LINE: @rabbit\_life หรือ E-mail: cs@rabbitlife.co.th  
ภายในวันและเวลาดำเนินการ วันจันทร์ – วันศุกร์ 08.00 – 17.00 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

CIA\_1805202

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง  
การสูญเสียอวัยวะ: สายตา (TPD/AI/ADD/PA) การยกเว้นเบี้ยประกันภัย(WP)

(หน้า A)

1. รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

1) ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ กรมธรรม์เลขที่ \_\_\_\_\_  Individual Insurance  Group Insurance  
อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ  ชาย  หญิง  บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_  
สถานที่ติดต่อปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_  
สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ อาชีพ/ลักษณะงาน \_\_\_\_\_  
ประกันกับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อบริษัทและเลขที่กรมธรรม์) \_\_\_\_\_  
ท่านประสงค์รับเงินสินไหมโดย  โอนเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี \_\_\_\_\_ (พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)  
 ขอรับเป็นเช็ค ที่อยู่ในการจัดส่ง \_\_\_\_\_ (ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับบุรุษไปรษณีย์)

2. รายละเอียดการทุพพลภาพ

วันที่เริ่มทุพพลภาพ \_\_\_\_\_ วันที่ท่านต้องหยุดทำงานทั้งหมด \_\_\_\_\_ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_  
สาเหตุการทุพพลภาพ \_\_\_\_\_ ลักษณะ/อาการการทุพพลภาพ \_\_\_\_\_  
วันที่แพทย์วินิจฉัยว่าทุพพลภาพ \_\_\_\_\_ ชื่อแพทย์ผู้วินิจฉัยว่าทุพพลภาพและชื่อสถานพยาบาล \_\_\_\_\_  
ท่านสามารถประกอบอาชีพอื่นๆ นอกเหนือจากอาชีพประจำได้หรือไม่  ไม่ได้  ได้ ถ้าได้โปรดระบุรายละเอียดอาชีพ \_\_\_\_\_

3. รายละเอียดการรักษา

ชื่อแพทย์	ชื่อสถานพยาบาล	ตั้งแต่วันที่	จนถึงวันที่	การรักษาที่ได้รับ

ขณะนี้ยังทำการรักษาอยู่หรือไม่ ถ้ายังรักษาโปรดระบุวิธีการรักษา \_\_\_\_\_

4. การดำเนินกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life

รายละเอียด	ทำไม่ได้เลย	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ	ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย	ทำได้เอง
1.ความสามารถในการลุกนั่งจากที่นอน หรือลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.ความสามารถในการเดิน หรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.ความสามารถในการสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.ความสามารถในการอาบน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.ความสามารถในการตัด/หั่นอาหารรับประทาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.ความสามารถในการใช้ห้องน้ำและทำความสะอาดหลังขับถ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติม				

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอรับรองว่า แบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบด้วยว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้  
ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ [www.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th)

ลงชื่อ : _____ ( _____ ) ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้เรียกร้อง ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุไม่เกิน 7 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน) วันที่ _____	ลงชื่อ : _____ ( _____ ) ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุมากกว่า 7 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์) วันที่ _____
ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง ( _____ )	ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง ( _____ )

หมายเหตุ : 1. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 7 ปี) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน  
กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 7 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์  
2. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ (ระบุข้างใด) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

CLA\_18052022

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมา ในครั้งนี้ หรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ประวัติการรักษาพยาบาล และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ (แล้วแต่กรณี) ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือ ผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัท ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใด ๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้ และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท ฯ แล้วที่ [www.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th)

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามที่แนบมา และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ [www.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th)

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม : _____ ( _____ ) ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน) วันที่ _____	ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม : _____ ( _____ ) ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้เอาประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ _____ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์) วันที่ _____
ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง ( _____ )	ลงชื่อ : _____ พยาน/ผู้รับรอง ( _____ )
<b>หมายเหตุ :</b> 1. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามร่วมกับผู้เยาว์ พร้อมระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ 2. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ (ระบุข้างใด) ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน	

CLA\_18052022

**ใบแสดงความเห็นแพทย์รับรองอาการทุพพลภาพ หรือสูญเสียอวัยวะ: สายตา**

<b>รายละเอียดของผู้ป่วย</b> ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย _____ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ อายุ _____ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง HN. _____ AN. _____ ผู้ป่วยปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรกเมื่อ _____ จากสาเหตุ _____ การวินิจฉัยโรค _____ โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่มี _____ วันที่วินิจฉัยว่าตกเป็นทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร _____ ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ _____ จนถึง _____ ที่สถานพยาบาล _____	
<b>ก. การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ</b> 1. ระดับความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกรู้ตัว (Full Consciousness) <input type="checkbox"/> สับสน (Confusion) <input type="checkbox"/> ง่วง ซึม (Drowsiness) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Semi - coma) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว และไม่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Coma)	
2. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 2.1 อาน้ำ <input type="checkbox"/> สามารถอาน้ำเองได้ <input type="checkbox"/> ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น 2.2 แต่งตัว <input type="checkbox"/> สามารถสวมหรือถอดเสื้อ กางเกง ได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น 2.3 ทานอาหาร <input type="checkbox"/> สามารถทานอาหารเองได้ <input type="checkbox"/> ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น 2.4 ซับถ่าย <input type="checkbox"/> สามารถควบคุมระบบขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่ายได้ 2.5 การเคลื่อนย้าย <input type="checkbox"/> สามารถเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
3. ความสามารถในการมองเห็น <input type="checkbox"/> ดวงตามองเห็นได้ทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ดวงตาอดสนิท 1 ข้าง คือ ข้าง _____ <input type="checkbox"/> ดวงตาอดสนิท มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
4. ความสามารถในการใช้มือและแขน <input type="checkbox"/> ใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ไม่สามารถใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ 1 ข้าง คือ ข้าง _____ <input type="checkbox"/> ใช้มือและแขนทำกิจวัตรไม่ได้เลย ทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
5. ความสามารถในการยืนและเดิน <input type="checkbox"/> สามารถทรงตัวได้ และสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทรงตัวได้ และไม่สามารถลุกขึ้นยืน หรือเดินได้เอง	
6. สถิติปัญญา / พฤติกรรม <input type="checkbox"/> เหมือนคนปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ โปรดระบุรายละเอียด _____	
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา <input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา <input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้	
8. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ <input type="checkbox"/> สามารถประกอบอาชีพประจำ หรืออาชีพอื่นได้ เช่น _____ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้ ตั้งแต่ _____	
<b>ข. ผลการประเมิน</b> 1. สมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ เช่น _____ ขา _____ ชนิดของการทุพพลภาพ (Type of Disabilities) <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร	
2. ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่ _____ ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก และต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการการช่วยเหลือค่อนข้างมาก ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้มาก อาจต้องการคนคอยแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือ เข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้เยี่ยมคนปกติ	
3. ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสภาพ หรือหายจากทุพพลภาพได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> มีโอกาสหายได้ เนื่องจาก _____ <input type="checkbox"/> ยังสรุปไม่ได้ เนื่องจาก _____ <input type="checkbox"/> ไม่มีโอกาสหายจากการทุพพลภาพ เนื่องจาก _____	
4. ความทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนี้ เป็นผลโดยตรงมาจากสาเหตุใด _____	
ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง _____ ในอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่ _____ ภูมิลำเนา _____ ประจำโรงพยาบาล/สถานพยาบาล _____ ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายงานแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)</div>	ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้รักษา ( _____ ) วันที่ _____

### หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ \_\_\_\_\_  
วันที่ \_\_\_\_\_

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ต.รอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_  
เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ หรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

#### กรุณาเลือกกรณีใดกรณีหนึ่ง

ในฐานะ:  ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย  ผู้ชำระเบี้ยประกัน หรือ  
 ผู้แทนโดยชอบธรรม/ทายาท  ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์  ผู้จัดการมรดก  ผู้รับประโยชน์ของ \_\_\_\_\_  
บัตรผู้ป่วยเลขที่ \_\_\_\_\_ โรงพยาบาล/คลินิก \_\_\_\_\_  
บัตรผู้ป่วยเลขที่ \_\_\_\_\_ โรงพยาบาล/คลินิก \_\_\_\_\_  
บัตรผู้ป่วยเลขที่ \_\_\_\_\_ โรงพยาบาล/คลินิก \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่น ๆ ของ \_\_\_\_\_ เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ **บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท ขอคิด หรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณาชดใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือเงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายโดยให้หนังสือฉบับนี้มีผลใช้บังคับจนกว่าจะชดใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิตฉบับที่ให้ความยินยอมนี้แล้วเสร็จ

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 ห้ามมิให้ผู้อื่นใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ  
ท่านสามารถตรวจสอบรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทได้ที่ [www.rabbitlife.co.th](http://www.rabbitlife.co.th)

AUTH-UWC\_18052022