

**อากเนย์**  
**แคนเซอร์ แคร่**

ประกันภัยโรคมะเร็ง  
ให้คุณอุ่นใจรอบด้าน



**“โรคมะเร็ง...ภัยเงียบใกล้ตัว”**

วางแผนรับมือโรคร้ายตั้งแต่วันนี้ เพื่อความอุ่นใจรอบด้าน เพียงเลือกแผนประกันภัยที่ตอบโจทย์ และคุ้มค่ากับอากเนย์



**เงื่อนไขการรับประกันภัย**

- อายุรับประกันตั้งแต่ 1 - 60 ปี (อายุตั้งแต่ 61 - 65 ปี สำหรับปีต่ออายุ)
- สุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเป็นโรคร้ายมาก่อน เช่น โรคมะเร็งตับ อักเสบเรื้อรัง ปอดอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตับอักเสบ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง ปากมดลูก/ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง
- สูบบุหรี่ไม่เกินวันละ 1 ซอง
- ไม่มีญาติ (พ่อ แม่ พี่น้อง) ที่เป็นมะเร็งภาวะพันธุกรรม

**หมายเหตุ**

- ต้องแถลงสุขภาพในใบคำขอรับประกันภัย
- การแถลงสุขภาพเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย

**คำเตือน**

- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนการตัดสินใจรับประกันภัยทุกครั้ง
- เงื่อนไขการรับประกันและอัตราเบี้ยประกันภัยเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

**บริษัท อากเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
315 อาคารอากเนย์ ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500  
**Southeast Insurance Public Company Limited**  
315 Southeast Bldg., Silom Rd., Silom, Bangrak, Bangkok 10500  
T: 0 2631 1331 F: 0 2237 7409

ศูนย์ดูแลลูกค้า **InS.1726**

5. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?

โรควิดีส์ตับอักเสบบี ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น)       โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV

ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)       ตับแข็ง ตับอักเสบ

ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)       โรคมะเร็ง

ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)       ริดสีดวงทวารอักเสบเรื้อรัง

เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท ..... อวัยวะที่เป็น.....)

ปีศาจยังเป็นผู้ป่วย และยังไม่ผ่าตัด

ปีศาจได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย

ปีศาจได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน / ปี .....โรงพยาบาล .....

ผลตรวจเนื้อเยื่อ     ปกติ       ไม่ปกติ

แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุกๆ     3 เดือน     6 เดือน     1 ปี     มากกว่า 1 ปี

ไม่เคย

หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้น ปีศาจขึ้นนี้อำการ     ปกติ       รักษาอยู่       สถานพยาบาล

6. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด

ไม่มี     มี ชื่อบริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท อากเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้อง และสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้า และบริษัท

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

**เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว**

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

( )

ประกันภัยโดยตรง     ตัวแทนประกันวินาศภัย     นายหน้าประกันวินาศภัย ..... ใบอนุญาตเลขที่.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ พร้อมวางแผนเตรียมรับมือโรคร้าย ด้วยประกันภัยโรคมะเร็ง **อากเนย์ แคนเซอร์ แคร์** ที่ดูแลคุณรอบด้าน ทั้งการรักษาโรคร้าย และคลายความกังวลใจให้คุณ กับ 3 แพ็กเกจที่ให้คุณเลือกอย่างคุ้มค่า

**แพ็กเกจ เบสิค แคร์**  
ดูแลเบื้องต้นให้คุณอุ่นใจ ลดความเสี่ยงจากภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่คาดฝัน

**แพ็กเกจ ซูเปอร์ แคร์**  
ดูแลเพิ่มเติมให้ร่างกายของคุณได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ พร้อมเงินชดเชยรายวัน เมื่อต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

**แพ็กเกจ พรีเมียม แคร์**  
ดูแลอย่างครอบคลุมให้คุณมั่นใจในการตรวจวินิจฉัย พร้อมคลายความกังวลใจให้คุณ

- ✓ อัตราเบี้ยประกันภัยคั่งที่ ไม่ปรับเพิ่มตามอายุ
- ✓ จ่ายทันทีเมื่อตรวจเจอ
- ✓ คุ้มครองต่อเนื่องจนถึงอายุ 65 ปี
- ✓ อนุมัติกรมธรรม์ทันที โดยไม่ต้องตรวจสุขภาพ\*
- ✓ เพิ่มความคุ้มครองพิเศษ โรคมะเร็งผิวหนังอีก 20% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย หากตรวจพบมะเร็งผิวหนัง

\*ต้องดูแลสุขภาพในใบคำขอเอาประกันภัย

## ผลประโยชน์ และความคุ้มครองประกันภัยโรคมะเร็ง

ความคุ้มครอง	เบสิค แคร์			ซูเปอร์ แคร์			พรีเมียม แคร์		
	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)								
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ (ไม่รวมมะเร็งผิวหนัง)	200,000	500,000	1,000,000	200,000	500,000	1,000,000	200,000	500,000	1,000,000
2. โรคมะเร็งผิวหนัง	40,000	100,000	200,000	40,000	100,000	200,000	40,000	100,000	200,000
3. ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา (จ่ายตามจำนวนเงินที่ระบุ) ตลอดระยะเวลาประกันภัย	-	-	-	20,000	50,000	100,000	20,000	50,000	100,000
4. ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง ทั้งนี้ ไม่รวมโรคมะเร็งผิวหนัง (จ่ายตามจำนวนเงินที่ระบุ) ตลอดระยะเวลาประกันภัย	-	-	-	40,000	100,000	200,000	40,000	100,000	200,000
5. ชดเชยรายได้รายวัน จากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง (ชดเชยสูงสุด 30 วันต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย) ชดเชยวันละ	-	-	-	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
6. ความคุ้มครองผลประโยชน์การตรวจวินิจฉัยซ้ำ ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย (กระทำการภายใน 30 วัน หลังจากรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งแรก)	-	-	-	-	-	-	10,000	10,000	10,000
7. ค่าปลอมขวัญเพื่อการฟื้นฟูจิตใจ ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย	-	-	-	-	-	-	10,000	25,000	50,000

  

ช่วงอายุ (ปี)	เบสิค แคร์			ซูเปอร์ แคร์			พรีเมียม แคร์		
	เบี้ยประกันภัยต่อปี** (บาท)								
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1 - 34	1,130	2,820	5,630	1,920	4,620	9,110	2,140	5,010	9,790
35 - 44	1,640	4,100	8,200	2,750	6,640	13,130	3,070	7,200	14,090
45 - 54	3,300	8,260	16,470	4,640	11,370	22,510	5,030	12,060	23,690
55 - 60	4,940	12,360	24,720	6,540	16,040	31,880	7,010	16,860	33,280
61 - 65 (ต่ออายุ)	เบี้ยประกันภัยตามอายุแรกเข้า								

\*\*อัตราเบี้ยประกันภัยดังกล่าว รวมอากรแสตมป์ และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว

**ใบคำขอเอาประกันภัย**  
**กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง แคนเซอร์ แคร์**

1. ชื่อ - นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่           หรือ  
 หนังสือเดินทาง เลขที่ .....  
 วัน - เดือน - ปีเกิด ..... อายุ ..... เพศ ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....  
 อาชีพ..... ตำแหน่ง.....  
 ลักษณะงานที่ทำ.....  
 รายได้ / เดือน (บาท)     ไม่เกิน 5,000         5,001 - 10,000         10,001 - 20,000         20,001 - 30,000  
     30,001 - 40,000         40,001 - 50,000         มากกว่า 50,000  
 สถานที่ทำงาน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

2. ชื่อ - นามสกุลผู้รับประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....  
ที่อยู่ ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ..... เวลา ..... น. ถึงวันที่ ..... เวลา 16.30 น.

4. ต้องการชำระเบี้ยประกันภัยเป็นแบบ .....

**ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกแผน .....**

**ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย**

1. ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัยเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคมะเร็งที่เป็น
ผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
บิดา - มารดา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
พี่ - น้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
บุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่?     ไม่เคย     เคย  
สาเหตุของการผ่าตัด..... เมื่อ (เดือน / ปี) ..... ชื่อสถานพยาบาล .....

3. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่?     ไม่เคย     เคย  
โปรดระบุโรค..... รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ (เดือน / ปี) .....

4. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่     ไม่สูบ     สูบ วันละ..... มวน ตลอดระยะเวลา ..... ปี