

## กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

**โรคมะเร็ง**อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาทิเช่น สารเคมีรังสีต่างๆ รวมทั้งรังสีอัลตราไวโอเล็ตในแสงแดด การติดเชื้อเรื้อรัง เช่น ไวรัสตับอักเสบบี พยาธิ การสูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การฉีดสารเพื่อการเสริมความงามตามบริเวณร่างกาย กรรมพันธุ์ที่ผิดปกติ ความไม่สมดุลทางฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือการระคายเคืองที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ภาวะทุพโภชนาการ

### ทำไมต้องมีกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง??

การซื้อประกันภัยโรคมะเร็งเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ที่สามารถลดความเสี่ยงทางการเงิน ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยป่วยเป็นโรคมะเร็ง โดยบริษัทจะจ่ายเป็นเงินก้อนทันทีที่ตรวจพบโรคมะเร็งครั้งแรก เงินจำนวนนี้ผู้เอาประกันภัยสามารถนำไปใช้เพื่อ

- ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- เป็นเงินสดทยอยได้ขณะเจ็บป่วย หรือพักฟื้น
- เป็นค่ารักษาโรคโดยไม่จำกัดวิธีการรักษาเช่น ธรรมชาติบำบัด ชีวจิต ฯลฯ
- เป็นทุนสำรองสำหรับครอบครัวในกรณีที่เสียชีวิต



### สิทธิพิเศษ

- ค้ำครองต่อเนื่องอัตโนมัติจนถึงอายุ 65 ปี
- อนุมัติกรมธรรม์ทันที ไม่มีการตรวจสุขภาพ
- เลือกรวมความคุ้มครองรายบุคคล หรือแผนครอบครัว
- สำหรับความคุ้มครองแผนครอบครัวให้ความคุ้มครองบุตรอายุ 1-22 ปี โสด ฟรี! โดยไม่จำกัดจำนวนบุตร
- เพิ่มความคุ้มครองพิเศษโรคมะเร็งผิวหนังอีก 20 เปอร์เซ็นต์ ของจำนวนเงินเอาประกันภัยหากตรวจพบโรคมะเร็งผิวหนัง และความคุ้มครองสำหรับโรคมะเร็งจะได้รับการต่อ อายุตามปกติ
- ผ่อนผันการชำระเบี้ยปีต่ออายุ 30 วัน

## เบี้ยประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

ทุนประกันภัย			
ช่วงอายุ	200,000	400,000	800,000
น้อยกว่า 40	1,697	3,395	6,789
40-44	2,449	4,898	9,797
45-49	3,201	6,403	12,806
50-54	3,954	7,906	15,814
55-60	4,619	9,238	18,478
61-64***	5,753	11,508	23,016

\*\*\* ต่ออายุเท่านั้น

- เบี้ยประกันภัยนี้ได้รวมอากรและภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว

หมายเหตุ :

1. เบี้ยประกันภัยแผนครอบครัวคิดจากเบี้ยผู้มีอายุสูงสุดคูณ 2 และให้ความคุ้มครองบุตรอายุ 1-22 ปี โสดฟรี
2. เบี้ยประกันภัยได้รวมการขยายความคุ้มครองโรคมะเร็งผิวหนัง

### ข้อยกเว้น

บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้เอาประกัน ในกรณีต่อไปนี้

1. เอดส์ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง การติดเชื้อจุลชีพฉวยโอกาส และเนื้องอกร้ายแรงซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยผลการตรวจเลือดแสดงเป็นเลือดบวก เป็นที่มาของไวรัส HIV
2. โรคมะเร็ง ก่อนการทำประกันภัย
3. การปรากฏหรือทราบอาการของโรคมะเร็งเป็นครั้งแรกภายใน 90 วัน นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับครั้งแรก (รายละเอียดข้อยกเว้นที่สมบูรณ์จะระบุอยู่ในกรมธรรม์)



**ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง (ส่วน ก. ผู้ขอเอาประกันภัย)**

- ราชบุคคล (ส่วน ก.)
- แผนครอบครัว (ส่วน ก และ ข)

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน ..... ☎
2.  บัตรประชาชน  หนังสือเดินทาง เลขที่ ..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
3. วัน - เดือน - ปีเกิด ..... เพศ ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....
4. อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....  
ลักษณะงานที่ทำ.....  
รายได้ / เดือน ..... บาท รายได้อื่นๆ / เดือน .....บาท  
สถานที่ทำงาน ..... ☎
5. ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ .....  
ที่อยู่..... ☎
6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ..... ถึงวันที่ .....

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก จำนวนเงินเอาประกันภัยโรคมะเร็ง .....บาท

**ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย**

1. ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และ โรคมะเร็งที่เป็น
ผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
บิดา - มารดา, พี่ - น้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
สาเหตุของการผ่าตัด ..... เมื่อ ..... ชื่อสถานพยาบาล .....
3. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
โปรดระบุโรค ..... รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ .....
4. ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต  ไม่เคยสูบ  เคยสูบบุหรี่ ..... มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ ..... ปี ถึง .....ปี  
ปัจจุบัน  ไม่สูบ  สูบบุหรี่ ..... มวน
5. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?  ไม่เคย
  - โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น)  โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
  - ปอดอักเสบเรื้อรัง  คับแข็ง,ตับอักเสบบี  ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง
  - ปากมดลูก,ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง  เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (แพทย์ระบุว่าป็นชนิด/ที่อวัยวะใด.....)
 ได้ทำการผ่าตัดออกแล้ว เมื่อ.....ร.พ.....  
 แพทย์นัดติดตามผลเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ทุก ๆ  3 เดือน  6 เดือน  1 ปี  มากกว่า 1 ปี  
 หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ  ปกติ  รักษาอยู่ สถานพยาบาล .....
6. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด  
 ไม่มี  มี ชื่อบริษัท ..... ทุนประกัน ..... บาท





ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท**เอกสารมีไม่ใช้สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว** ข้าพเจ้าขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ ( Non-Thai Residence ) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่ .....

ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

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

( )

ตัวแทน  นายหน้าประกันภัยรายนี้ ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้



### ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง (ส่วน ข. คู่สมรส)

ประเภทการประกันภัย

รายบุคคล (ส่วน ก.)

แผนครอบครัว (ส่วน ก และ ข.)

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน .....
- บัตรประชาชน  หนังสือเดินทาง เลขที่ ..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน - เดือน - ปีเกิด ..... เพศ ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....
- อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....
- ลักษณะงานที่ทำ.....  
รายได้ / เดือน ..... บาท รายได้อื่นๆ / เดือน ..... บาท  
สถานที่ทำงาน .....
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ .....
- ที่อยู่.....
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ..... ถึงวันที่ .....

#### รายละเอียดของบุตร

ชื่อ - นามสกุลบุตร (อายุ 1 - 22 ปี)	วัน - เดือน - ปีเกิด
1.	
2.	

#### ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

- ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?

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

- ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
สาเหตุของการผ่าตัด ..... เมื่อ ..... ชื่อสถานพยาบาล .....
- ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
โปรดระบุโรค ..... รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ .....
- ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต  ไม่เคยสูบ  เคยสูบวันละ ..... มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ ..... ปี ถึง ..... ปี  
ปัจจุบัน  ไม่สูบ  สูบวันละ ..... มวน
- ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?  ไม่เคย  
 โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น)  โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV  
 ปอดอักเสบเรื้อรัง  ตับแข็ง, ตับอักเสบ  ถ้าใส่ใหญ่อกอักเสบเรื้อรัง  
 ปากมดลูก, ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง  เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (แพทย์ระบุว่าป็นชนิด/ที่อวัยวะใด.....)  
 ได้ทำการผ่าตัดออกแล้ว เมื่อ..... ร.พ.....  
 แพทย์นัดติดตามผลเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ทุก ๆ  3 เดือน  6 เดือน  1 ปี  มากกว่า 1 ปี  
 หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ  ปกติ  รักษาอยู่ สถานพยาบาล .....
- ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแสดงรายละเอียด  
 ไม่มี  มี ชื่อบริษัท .....ทุนประกัน ..... บาท





ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า  
รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท**เอกสารนี้ไม่ใช่  
สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว** ข้าพเจ้าขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริง  
เกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับ  
ดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย .....

( )

ตัวแทน  นายหน้าประกันภัยรายนี้ ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมี  
สิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

