

# สู้มะเร็งร้าย ให้หายห่วง กับ MSIG Cancer FIX

## เจอแล้วจ่าย

- ตรวจเจอทุกระยะ จ่ายสูงสุด 500,000 บาท
- ค่าทำคีโมสูงสุด 50,000 บาท

## เบี้ยคงที่ทุกปี

- เบี้ยเริ่มต้น 625 บาท/ปี
- หักลดหย่อนภาษีได้ \*\*

ลด **10** %

สำหรับเบี้ยประกันภัยปีแรก ทุกแผน

**โปรดี** วันนี้ - 30 ก.ย. 63

กรอกโค้ด : **10CANCER**

(เฉพาะซื้อออนไลน์)

+

ผ่อน **0** % 4 เดือน\*

เบี้ยประกัน 2,500 บาทเป็นต้นไป (หลังหักส่วนลดแล้ว)



\*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

\*\*เงื่อนไขเป็นไปตามที่กรมสรรพากรกำหนด

 **MSIG**  
เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย



095 952 6514  
www.asinlives.com

HEALTHCARE INSURANCE

# CANCER *FIX*

ประกันภัยโรคมะเร็ง



- คุ้มครองมะเร็งทุกระยะ
- เบี้ยประกันคงที่ตามอายุแรกเข้า
- คุ้มครองการทำเคมีบำบัด / รังสีรักษา และการตรวจวินิจฉัยซ้ำ
- สามารถลดหย่อนภาษีได้\*\*

\*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

\*\*เงื่อนไขเป็นไปตามที่กรมสรรพากรกำหนด



095 952 6514  
www.asinlives.com



**MSIG**

เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย

## แผนประกันภัยโรคมะเร็ง Simple FIX

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
1. การประกันภัยโรคมะเร็ง (ไม่คุ้มครองโรคมะเร็งผิวหนัง)	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
2. โรคมะเร็งผิวหนัง (เป็นส่วนหนึ่งของจำนวนเงินเอาประกันภัย ความคุ้มครองการประกันภัยโรคมะเร็ง)*	20,000	40,000	60,000	80,000	100,000
ช่วงอายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรายปี (บาท)				
1 - 34	625	1,240	1,860	2,480	3,100
35 - 39	780	1,565	2,345	3,125	3,905
40 - 44	1,000	1,995	2,990	3,985	4,980
45 - 49	1,675	3,350	5,025	6,700	8,375
50 - 54	1,900	3,800	5,700	7,600	9,500
55 - 64 (ต่ออายุเท่านั้น)	เบี้ยประกันภัยตามอายุแรกเข้า				

หมายเหตุ : ค่าเบี้ยประกันภัย รวมภาษีและอากร ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ชำระ

## แผนประกันภัยโรคมะเร็ง Full FIX

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
1. การประกันภัยโรคมะเร็ง (ไม่คุ้มครองโรคมะเร็งผิวหนัง)	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
2. โรคมะเร็งผิวหนัง (เป็นส่วนหนึ่งของจำนวนเงินเอาประกันภัย ความคุ้มครองการประกันภัยโรคมะเร็ง)*	20,000	40,000	60,000	80,000	100,000
3. ผลประโยชน์การทำเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา (จ่ายตามจริง สูงสุดไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุ) • สูงสุดต่อครั้ง • สูงสุดต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย	5,000 25,000	5,000 25,000	5,000 25,000	10,000 50,000	10,000 50,000
4. ผลประโยชน์การตรวจวินิจฉัยซ้ำ	5,000	5,000	5,000	10,000	10,000
ช่วงอายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรายปี (บาท)				
1 - 34	800	1,420	2,040	2,835	3,455
35 - 39	1,015	1,790	2,570	3,580	4,360
40 - 44	1,290	2,285	3,280	4,570	5,560
45 - 49	2,210	3,915	5,620	7,830	9,530
50 - 54	2,965	5,250	7,535	10,495	12,785
55 - 64 (ต่ออายุเท่านั้น)	เบี้ยประกันภัยตามอายุแรกเข้า				

หมายเหตุ : ค่าเบี้ยประกันภัย รวมภาษีและอากร ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ชำระ

### เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีสัญชาติไทย และมีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทย
2. ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องมีอายุระหว่าง 1 - 54 ปีบริบูรณ์ และต่ออายุได้ถึง 64 ปีบริบูรณ์
3. เบี้ยประกันภัยคงที่ตามอายุแรกเข้า
4. คุ้มครองโรคมะเร็งที่ตรวจพบเป็นครั้งแรก
5. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ที่มีประวัติสุขภาพดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ และไม่เคยเป็นโรคมะเร็งมาก่อนการเอาประกันภัย
6. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย และผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัทฯ
7. ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถขอเอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ Cancer Fix นี้ได้เพียง 1 ฉบับในเวลาเดียวกัน
8. ผู้ขอเอาประกันภัยที่มีกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็งอื่นๆ กับบริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) อยู่ก่อนแล้ว หากมีความประสงค์ต้องการซื้อแผน Cancer Fix เพิ่มเติม ทุนประกันภัยของแผนนี้เมื่อรวมกับแผนเดิมที่มีอยู่แล้ว ต้องไม่เกิน 1,000,000 บาท
9. \*หากผู้เอาประกันภัยเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากการประกันภัยโรคมะเร็งเต็มตามจำนวนแล้ว ผู้เอาประกันภัยจะไม่สามารถเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโรคมะเร็งผิวหนังได้อีก

### ข้อยกเว้นสำคัญ

1. โรคมะเร็งในผู้ได้รับความคุ้มครองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ (AIDS) หรือติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV Positive) หรือมีผลการตรวจเลือดแสดงผลเป็นเลือดบวกของไวรัส HIV
2. ผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคมะเร็งก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยปีแรกมีผลบังคับ ไม่ว่าจะได้รับการรักษาให้หายแล้วก็ตาม
3. การปรากฏหรือทราบอาการของโรคมะเร็งหรือความผิดปกติที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะประเภทหรือชนิดใดๆ ภายในระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง 90 วัน

หมายเหตุ : รายละเอียดของความคุ้มครอง เงื่อนไข และข้อยกเว้น จะระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง



095 952 6514  
www.asinlifes.com

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ-สกุล .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน .....

..... โทร ..... Email .....

2.  บัตรประชาชน  หนังสือเดินทาง เลขที่ .....(กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)

3. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... IWF ..... ส่วนสูง (ซ.ม.) ..... น้ำหนัก (ก.ก.) .....

4. อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....

ลักษณะงานที่ทำ .....

สถานที่ทำงาน.....

..... โทร ..... Email .....

5. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

ที่อยู่ .....

..... โทร ..... Email .....

6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ ..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 16.30 น.

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ

Simple Fix

Full Fix

แผน 1

แผน 2

แผน 3

แผน 4

แผน 5

ประวัติทางการแพทย์: ผู้ขอเอาประกันภัย

1. พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่ ?

ไม่มี  มี โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น .....และโรคมะเร็งตามด้านล่าง

มะเร็งเต้านม

มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งรังไข่

มะเร็งลำไส้

มะเร็งจอตา

มะเร็งเม็ดเลือดขาว

2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือมีโรคประจำตัวหรือไม่?

ไม่เคย

เคย โปรดระบุสาเหตุ หรือชื่อโรค.....เมื่อเดือน/ปี ..... ชื่อสถานพยาบาล .....

3. ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน  ไม่สูบ  สูบวันละ ..... มวน

4. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น)

โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV

ปอดอักเสบเรื้อรัง ทุเลาไม่พองในปอด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง

ตับแข็ง ตับอักเสบ พืชสุราเรื้อรัง

ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง

โรคมะเร็ง

ต่อม้ำเหลืองโตอักเสบเรื้อรัง

5. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือการรักษาเกี่ยวกับ เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ หรือไม่ ?

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....อวัยวะที่เป็น.....

ผลการผ่าตัดหรือการรักษา

ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด

ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย

ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี.....โรงพยาบาล.....

ผลตรวจเนื้อเยื่อ

ปกติ

ไม่ปกติ

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

6. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหรือกำลังขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง กับ บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแสดงรายละเอียด

- ไม่มี  มี ชื่อบริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) จำนวนเงินเอาประกันภัย .....บาท
- ไม่มี  มี ชื่อบริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย .....บาท

7. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....
- ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลและคำตอบที่แถลงไว้ในเอกสารใบคำขอเอาประกันนี้เป็นจริงและถูกต้อง และไม่มี การปกปิดหรือบิดเบือนความจริงใดๆ ที่อาจจะมีผลต่อการพิจารณาของ บริษัทในการพิจารณา รับความเสี่ยงภัย และข้าพเจ้าตกลงยินยอมว่าเอกสารใบคำขอเอาประกันภัยนี้ถือเป็น พื้นฐานของข้อสัญญา ระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท และข้าพเจ้าตกลงและยอมรับกรรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัทตามเงื่อนไขและข้อตกลงซึ่งจะ ได้ ระบุไว้ในเอกสารกรรมธรรม์

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย ทั้งนี้ บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการเงินสุตรพลักศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็น และไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของ บริษัท ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอม ให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาล และการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

วันที่...../...../.....

.....

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

( )

- ประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทฯ ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือใช้สิทธิ์ บอกล้างสัญญาได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865