



## ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ พร้อมวางแผนรับมือโรคร้ายด้วยประกันภัยโรคมะเร็ง ที่คุณดูแลคุณทั้งการรักษาโรคร้าย และคลายความกังวลใจให้คุณ

ตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งแรก รับทันที 100% ของทุนประกันภัย เพียงนำหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันการตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งแรก  
ไม่ว่าระยะใด หลังเอาประกันภัยไม่น้อยกว่า 90 วัน

มั่นใจ ด้วยเบี้ยประกันภัยที่คงที่ตลอดไป และคุ้มครองต่อเนื่องถึงอายุ 65 ปี

ไม่ต้องตรวจสุขภาพ เพียงกรอกข้อมูลลงในใบแจ้งความประสงค์ขอเอาประกันภัย เมื่อบริษัท อนุมัติ ผู้เอาประกันภัยจะได้รับความคุ้มครองทันที

### ตารางเปรียบเทียบความคุ้มครองและทุนประกันภัย

หน่วย: บาท

ความคุ้มครอง	ทุนประกันภัย									
	Classic Care				Superior Care			Premier Care		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	
1. โรคมะเร็งที่ตรวจพบครั้งแรกทุกชนิด ทุกระยะ (ยกเว้นโรคมะเร็งผิวหนัง)	200,000	500,000	700,000	1,000,000	200,000	500,000	1,000,000	1,000,000	1,500,000	
2. โรคมะเร็งผิวหนัง	40,000	100,000	140,000	200,000	40,000	100,000	200,000	200,000	300,000	
3. ผลประโยชน์เพิ่มเติม กรณีตรวจพบโรคมะเร็งพิเศษเฉพาะเพศ (จ่ายตามจำนวนเงินที่ระบุ) ตลอดระยะเวลาประกันภัย - เพศชาย: มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด - เพศหญิง: มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งช่องคลอด	-	-	-	-	20,000	50,000	100,000	200,000	300,000	
4. การวินิจฉัยซ้ำ (กระทำภายใน 30 วัน หลังจากวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งแรก)	-	-	-	-	10,000	10,000	10,000	20,000	20,000	
5. การรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา (จ่ายตามจำนวนเงินที่ระบุ) ตลอดระยะเวลาประกันภัย	-	-	-	-	50,000	50,000	50,000	100,000	100,000	
6. ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเนื่องจากโรคมะเร็ง ยกเว้นโรคมะเร็งผิวหนัง (จ่ายตามจำนวนเงินที่ระบุ) ตลอดระยะเวลาประกันภัย	-	-	-	-	40,000	100,000	200,000	200,000	300,000	
7. ขดเชยรายได้รายวันจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากโรคมะเร็ง (ขดเชยสูงสุด 30 วันต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย) ขดเชยวันละ	-	-	-	-	-	-	-	1,000	1,500	
8. เงินช่วยเหลือรายเดือนเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (ยกเว้นโรคมะเร็งผิวหนัง) ต่อเนื่องสูงสุด 3 เดือน ขดเชยเดือนละ	-	-	-	-	-	-	-	5,000	5,000	
9. เงินขดเชยค่าพาหนะเดินทาง (ขดเชยสูงสุด 5 ครั้งต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย) ขดเชยครั้งละ	-	-	-	-	-	-	-	1,000	1,000	

ตารางเบี้ยประกันภัย

อายุ	เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากร)								
	Classic Care				Superior Care			Premier Care	
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2
1 - 34 ปี	920	2,290	3,210	4,580	1,260	2,830	5,440	6,140	8,960
35 - 44 ปี	1,850	4,630	6,470	9,250	2,530	5,700	10,980	12,390	18,080
45 - 54 ปี	3,370	8,420	11,790	16,840	4,610	10,370	19,990	22,570	32,930
55 - 60 ปี	4,900	12,260	17,160	24,510	6,700	15,100	29,090	32,850	47,930
61 - 65 ปี (กรณีต่ออายุกรมธรรม์)	เบี้ยประกันภัยตามอายุแรกเข้า								

คุณสมบัติผู้เอาประกันภัย

- รับประกันภัยตั้งแต่อายุ 1 - 60 ปี และสามารถต่ออายุกรมธรรม์ได้จนถึงอายุ 65 ปี
- มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเป็นหรือตรวจพบว่าเป็นโรคร้ายมาก่อน เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี โรคเอดส์ ปอดอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตับอักเสบ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง ปากมดลูก/ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น
- สูบบุหรี่ไม่เกินวันละ 10 มวน
- บิดา มารดา พี่ หรือน้อง ไม่เคยตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งภาวะพันธุกรรมมาก่อน

หมายเหตุ

- โรคมะเร็งผิวหนัง หมายถึง มะเร็งผิวหนังทุกชนิด (Any Skin Cancers) ยกเว้นมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาชนิดร้ายแรง (Malignant Melanoma) ที่จัดอยู่ในระยะที่ 2 (Stage II) ขึ้นไป
- เบี้ยประกันภัยคิดจากอายุเมื่อเริ่มเอาประกันภัย และคงที่ตลอดไปไม่เพิ่มตามอายุ
- ในการคำนวณอายุ เศษของวันหรือเดือนให้ปัดขึ้น
- สามารถสมัครทำประกันภัยได้สูงสุดทุนประกันภัยรวมกันแล้วทุกฉบับไม่เกินคนละ 1,500,000 บาท
- ควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- การแถลงสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย หรือจ่ายเงินตามสัญญาประกันภัย
- เบี้ยประกันภัยดังกล่าวรวมอากรและภาษีแล้ว



**ใบคำขอเอาประกันภัย**  
**กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง**

แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

1. รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย..... หมู่บ้าน ..... ถนน.....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ .....

2. ท่านมีอาชีพเป็นพนักงานในโรงงานผลิตแบตเตอรี่, พนักงานในโรงงานผลิตถ่านไฟฉาย, พนักงานในโรงงานไฟฟ้านิวเคลียร์, พนักงานในโรงงานปิโตรเลียม, พนักงานในโรงงานที่ต้องใช้กัมมันตภาพรังสีในการผลิต เช่น โรงงานผลิตเครื่องมือทางการแพทย์, พนักงาน/คนงานในเมืองนิกเกิล หรือ ทำงานที่ต้องสัมผัสฝุ่นละอองจากถ่านหินและน้ำมัน ฝุ่นแร่ใยหิน (Asbestos)

ใช่  ไม่ใช่ โปรดระบุอาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

ชื่อสถานที่ทำงาน .....

ที่อยู่ ..... โทร.....

3. ผู้รับประโยชน์ ชื่อ - นามสกุล ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

ที่อยู่ ..... โทร.....

4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นความคุ้มครองวันที่..... เวลา.....น. สิ้นสุดความคุ้มครองวันที่.....เวลา 24.00 น.

5. มีความประสงค์จะขอรับความคุ้มครอง แผน.....

ชื่อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัยสำหรับแต่ละช่วงอายุ (บาท)

6. ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

6.1 ปัจจุบันท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็งหรือการประกันภัยอื่นใดกับ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใด ที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแสดงรายละเอียด

ไม่มี  มี บริษัท..... จำนวนเงินผลประโยชน์ .....

6.2 สมาชิกในครอบครัวของท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่ มะเร็งเต้านม, มะเร็งมดลูก, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งรังไข่, มะเร็งลำไส้, มะเร็งต่อมลูกหมาก, มะเร็งจอตา หรือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว

ไม่เคย  เคย บุคคลที่เป็น ..... โรคมะเร็งที่เป็น.....



- 6.3 สมาชิกในครอบครัวของท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งอื่นๆ (นอกเหนือจากมะเร็งในข้อ 6.2) หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย บุคคลที่เป็น ..... โรคมะเร็งที่เป็น .....
- 6.4 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่  
 ไม่ดื่มเลย  ดื่มเป็นครั้งคราว  ดื่มเป็นประจำ
- 6.5 ท่านสูบบุหรี่หรือไม่  
 ในอดีต  ไม่เคยสูบ  เคยสูบ วันละ.....มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ.....ปี ถึงอายุ.....ปี รวม.....ปี  
 ปัจจุบัน  ไม่สูบ  สูบ วันละ.....มวน
- 6.6 ท่านเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือคำแนะนำจากแพทย์ หรือกำลังป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่
- โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น), โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV, ปอดอักเสบเรื้อรัง, ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง, ตับแข็ง, ตับอักเสบ, ปากมดลูก หรือ ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง หรือ โรคมะเร็ง  
 ไม่เคย/ไม่มี  มี โปรดระบุ .....
  - เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ  
 ไม่เคย/ไม่มี  มี โปรดระบุประเภท.....อวัยวะที่เป็น.....  
 ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด  
 ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย  
 ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย  
 เมื่อเดือน/ปี.....โรงพยาบาล.....  
 ผลตรวจเนื้อเยื่อ  ปกติ  ไม่ปกติ
  - ซีสต์  
 ไม่เคย/ไม่มี  มี โปรดระบุประเภท.....อวัยวะที่เป็น.....  
 แพทย์นัดติดตามผล ทุก ๆ  3 เดือน  6 เดือน  1 ปี  มากกว่า 1 ปี  
 ซีสต์นั้นได้รับการผ่าตัดให้หายขาดไปแล้วและผลชิ้นเนื้อปกติ  
 ซีสต์ที่แพทย์ระบุว่าป็นถุงน้ำที่ไต (Renal Cyst) หรือถุงน้ำที่เชื่อมหุ้มกระดูก (Ganglion Cyst)  
 ซีสต์ตามร่างกายที่แพทย์ระบุว่าป็นซีสต์ของต่อมไขมัน (Sebaceous Cyst)  
 Chocولات Cyst หรือเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriotic Cyst)
  - โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ โรคเลือด โรค SLE โรคที่เกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ หรือต่อมไร้ท่ออื่นๆ  
 โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคหรือความผิดปกติอื่นๆ ที่ร้ายแรง หรือทุพพลภาพหรือไม่  
 ไม่เคย/ไม่มี  มี โปรดระบุประเภท.....อวัยวะที่เป็น.....
- 6.7 ระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรงที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือแนะนำให้ผ่าตัด หรือตรวจสอบด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอ็กซเรย์ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็น คนไข้ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก หรือไม่  
 ไม่เคย/ไม่มี  มี โปรดระบุ .....



ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดและหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

**คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าและ/หรือครอบครัวของข้าพเจ้า มีสุขภาพดี และไม่เคยตรวจพบ หรือได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งมาก่อน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อ ไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทเอง

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

.....

วัน/เดือน/ปี

- ประกันภัยโดยตรง       ตัวแทนประกันวินาศภัย       นายหน้าประกันวินาศภัย

..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)  
 ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865