

HEALTHCARE INSURANCE

# CANCER *FIX*

ประกันภัยโรคมะเร็ง



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

\*เงื่อนไขเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

\*\*เงื่อนไขเป็นไปตามที่กรมสรรพากรกำหนด



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 (เป็นส่วนหนึ่งของจำนวนเงินเอาประกันภัยความคุ้มครองการประกันภัยโรคมะเร็ง)*	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 : เบี้ยประกันภัยรวมภาษีและอากรแสตมป์แล้ว

## 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 (เป็นส่วนหนึ่งของจำนวนเงินเอาประกันภัยความคุ้มครองการประกันภัยโรคมะเร็ง)*	20,000	40,000	60,000	80,000	100,000
3. ผลประโยชน์การทำเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา (จ่ายตามจริง สูงสุดไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุ) • สูงสุดต่อครั้ง • สูงสุดต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย	5,000	5,000	5,000	10,000	10,000
	25,000	25,000	25,000	50,000	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 : เบี้ยประกันภัยรวมภาษีและอากรแสตมป์แล้ว

### เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัยต้องมีสัญชาติไทย และมีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทย
2. ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีอายุระหว่าง 1 - 54 ปีบริบูรณ์ และต่ออายุได้ถึง 64 ปีบริบูรณ์
3. เบี้ยประกันภัยคงที่ตามอายุแรกเข้า
4. คุ้มครองโรคมะเร็งที่ตรวจพบเป็นครั้งแรก
5. ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ที่มีประวัติสุขภาพดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ และไม่เคยเป็นโรคมะเร็งมาก่อนการเอาประกันภัย
6. ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย และผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัทฯ
7. ผู้เอาประกันภัยสามารถขอเอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ Cancer Fix นี้ได้เพียง 1 ฉบับในเวลาเดียวกัน
8. ผู้เอาประกันภัยที่มีกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็งอื่นๆ 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) หรือมีผลการตรวจเลือดแสดงเป็นเลือดบวกของไวรัส HIV
2. ผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคมะเร็งก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยปีแรกมีผลบังคับ ไม่ว่าจะได้รับ การรักษาให้หายแล้วก็ตาม
3. การปรากฏหรือทราบอาการของโรคมะเร็งหรือความผิดปกติที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็ง ไม่ว่าประเภทหรือชนิดใดๆ ภายในระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง 90 วัน

หมายเหตุ : รายละเอียดของความคุ้มครอง เงื่อนไข และข้อยกเว้น จะระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง



**ใบคำขอเอาประกันภัย**  
**กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง**

QD-UDW-059 CC-001/6 Rev 00

Effective: 01.01.23

**ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย**

1. ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน .....  
อีเมลล์..... ☎
2. ☐ บัตรประชาชน ☐ หนังสือเดินทางเลขที่ ..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
3. วัน/เดือน/ปีเกิด..... เพศ ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....
4. อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....  
ลักษณะงานที่ทำ .....  
สถานที่ทำงาน..... ☎
5. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....  
ที่อยู่..... ☎
6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ ..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 16.30 น.

**โปรดระบุแผนความคุ้มครองที่ต้องการ**

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ แผน.....

ข้อตกลงคุ้มครอง/ เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
เบี้ยประกันรวม (บาท)	

**ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย**

1. ปัจจุบันท่านมี เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตึงเนื้อ ถุงน้ำ หรือ ซีสต์ ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดออกหรือไม่  
☐ มี ☐ ไม่มี
2. ท่านมีประวัติเคยเป็นมะเร็ง หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะใด ก็ตาม หรือมีผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ที่ผิดปกติจากการตรวจ แมมโมแกรมเต้านม การตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็ง การตรวจเลือดเกี่ยวกับสารบ่งชี้มะเร็งหรือการตรวจคัดกรองมะเร็งทุกชนิดหรือไม่  
☐ มี ☐ ไม่มี

3. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้หรือไม่ น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ปัสสาวะมีเลือดปน ไอเรื้อรัง ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน อุจจาระเป็นสีดำ หรือมีอาการท้องเสีย ท้องผูก ท้องอืด จุกเสียด แน่นท้อง ปวดท้อง เรื้อรังเกิน 30 วัน
- ☐ มี ☐ ไม่มี
4. มารดาของท่านมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม หรือไม่ (ใช้คำถามนี้กรณีที่คุณเอาประกันเป็นผู้หญิงเท่านั้น)
- ☐ มี ☐ ไม่มี

ผู้เอาประกันกับประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลและคำตอบที่แสดงไว้ในเอกสารใบคำขอเอาประกันนี้เป็นจริงและถูกต้อง และไม่มีการปกปิดหรือบิดเบือนความจริงใดๆ ที่อาจจะมีผลต่อการพิจารณาของบริษัทในการพิจารณารับความเสี่ยงภัย และข้าพเจ้าตกลงยินยอมว่าเอกสารใบคำขอเอาประกันภัยนี้ถือเป็นพื้นฐานของข้อสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท และข้าพเจ้าตกลงและยอมรับกรรมสิทธิ์ประกันภัยของบริษัทตามเงื่อนไขและข้อตกลงซึ่งจะได้ระบุไว้ในเอกสารกรมธรรม์

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย.....  
( )

☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนั้นตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865