



## ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ พร้อมวางแผนรับมือโรคร้ายด้วยประกันภัยโรคมะเร็ง ที่คุณดูแลทั้งการรักษาโรคร้าย และคลายความกังวลใจให้คุณ

ตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งแรก รับทันที 100% ของทุนประกันภัย เพียงนำหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันการตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งแรก

ไม่ว่าระยะใด หลังเอาประกันภัยไม่น้อยกว่า 90 วัน

มั่นใจ ด้วยเบี้ยประกันภัยที่คงที่ตลอดไป และคุ้มครองต่อเนื่องถึงอายุ 65 ปี

ไม่ต้องตรวจสุขภาพ เพียงกรอกข้อมูลลงในใบแจ้งความประสงค์ขอเอาประกันภัย เมื่อบริษัทฯ 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. ขดเชยรายได้รายวันจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคมะเร็ง (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

หน่วย: บาท

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

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

หมายเหตุ

1. โรคมะเร็งผิวหนัง หมายถึง มะเร็งผิวหนังทุกชนิด (Any Skin Cancers) ยกเว้นมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาชนิดร้ายแรง (Malignant Melanoma) ที่จัดอยู่ในระยะที่ 2 (Stage II) ขึ้นไป
2. เบี้ยประกันภัยคิดจากอายุเมื่อเริ่มเอาประกันภัย และคงที่ตลอดไปไม่เพิ่มตามอายุ
3. ในการคำนวณอายุ เศษของวันหรือเดือนให้ปัดขึ้น
4. สามารถสมัครทำประกันภัยได้สูงสุดทุนประกันภัยรวมกันแล้วทุกฉบับไม่เกินคนละ 1,500,000 บาท
5. ควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
6. การตรวจสอบสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย หรือจ่ายเงินตามสัญญาประกันภัย
7. 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/คนงานในเหมืองนิกเกิล หรือ ทำงานที่ต้องสัมผัสฝุ่นละอองจากถ่านหินและน้ำมัน ฝุ่นแร่ใยหิน (Asbestos)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ โปรดระบุอาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง.....  
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....  
ชื่อสถานที่ทำงาน .....  
ที่อยู่ ..... โทร.....

3. ผู้รับประกัน ชื่อ - นามสกุล ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....  
ที่อยู่ ..... โทร.....

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

5. มีความประสงค์จะขอรับความคุ้มครอง แผน.....

ข้อตกลงคุ้มครอง	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.....  
☐ ปัจจุบันยังเป็นอย่างนี้และยังไม่ได้ผ่าตัด  
☐ ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย  
☐ ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย  
เมื่อเดือน/ปี.....โรงพยาบาล.....  
ผลตรวจเนื้อเยื่อ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ
  - ซีสต์  
☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ มี โปรดระบุประเภท.....อวัยวะที่เป็น.....  
☐ แพทย์นัดติดตามผล ทุกๆ ☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี  
☐ ซีสต์นั้นได้รับการผ่าตัดให้หายขาดไปแล้วและผลชิ้นเนื้อปกติ  
☐ ซีสต์ที่แพทย์ระบุว่าถุงน้ำที่ไต (Renal Cyst) หรือถุงน้ำที่เยื่อหุ้มกระดูก (Ganglion Cyst)  
☐ ซีสต์ตามร่างกายที่แพทย์ระบุว่าซีสต์ของต่อมไขมัน (Sebaceous Cyst)  
☐ Chocolate 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 รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส 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