

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

ผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
- บัตรประชาชน..... หนังสือเดินทาง เลขที่.....
- วัน/เดือน/ปีเกิด..... เพศ..... ส่วนสูง(ซม.)..... น้ำหนัก(กก.).....
- อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....
รายได้/เดือน.....บาท รายได้อื่นๆ/เดือน.....บาท สถานที่ทำงาน..... โทร.....
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับผลประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่..... ถึงวันที่.....
ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก.....
จำนวนเงินเอาประกันภัยโรคมะเร็ง.....บาท ขยายความคุ้มครองโรคมะเร็งพิวทิง ต้องการ ไม่ต้องการ

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

- ผู้เอาประกัน หรือสมาชิกครอบครัวของผู้เอาประกันเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่ ?
ผู้ขอเอาประกัน ไม่เคย เคย โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคมะเร็งที่เป็น.....
บิดา-มารดา
พี่-น้อง
บุตร
- ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้ขอเอาประกันเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ?
 ไม่เคย เคย สาเหตุของการผ่าตัด..... เมื่อ..... ชื่อสถานพยาบาล.....
- ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคมะเร็งหรือไม่ ?
 ไม่เคย เคย โปรดระบุโรค..... รักษาที่โรงพยาบาล.....
- ประวัติการสูบบุหรี่ : อดีต ไม่เคยสูบ เคยสูบบุหรี่.....มวน
เริ่มสูบเมื่ออายุ.....ปี ถึง.....ปี ปัจจุบัน ไม่สูบ สูบบุหรี่.....มวน
- ผู้ขอเอาประกันเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือได้รับการตัดเชื้อต่อไปนี้หรือไม่ ?
 ไวรัสตับอักเสบบีชนิด B,C ไม่ว่าจะเป็พาหะหรือเคยเป็น โรคเอดส์ ปอดอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตับอักเสบ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง
 ปากมดลูก ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง ริดสีดวงอักเสบเรื้อรัง เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ไม่เคย
 เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (แพทย์ระบุว่าเป็ชนิด/ก่อด้วยอะไร..... ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วหรือยัง.....
เมื่อ..... ส.พ..... ผลตรวจชิ้นเนื้อ.....
แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ทุกๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ ปกติ ไม่ปกติ รักษาอยู่สถานพยาบาล.....
- หากท่านกำลังขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง มีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแนบรายละเอียด
 ไม่มี มี ชื่อบริษัท..... กุณประกัน
- "ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่"
 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
 ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอยกเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....

ตัวแทน นายหน้าประกันภัย..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้คอยกำกับข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกคำสั่งสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และ อาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้



สินมั่นคงประกันภัย
เราประกัน คุณมั่นใจ

บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)
313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240



สินมั่นคงประกันภัย

เราประกัน คุณมั่นใจ

โทร.
1596

ประกันภัยโรคมะเร็ง



เพื่อคนที่คุณรัก และคนที่รักคุณ

ติดต่อสาขาทั่วประเทศหรือตัวแทนใกล้บ้านท่าน

โทร. 0-2377-3999 Fax : 0-2731-6599



โรคมะเร็ง

อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น สารเคมี รังสีต่างๆ รวมทั้งรังสีอัลตราไวโอเลตในแสงแดด การติดเชื้อเรื้อรัง เช่น ไวรัสตับอักเสบบี พยาธิ การสูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การฉีดสารเพื่อการเสริมความงามตามบริเวณร่างกาย กรรมพันธุ์ที่ผิดปกติ ความไม่สมดุลทางฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือการระคายเคืองที่เกิดขึ้นซ้ำๆเป็นเวลานาน ภาวะทุพโภชนาการ

ทำไมต้องมีกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

จ่ายค่าทดแทนเป็นเงินสดเต็มจำนวนเงินเอาประกันภัยทันทีที่ตรวจพบโรคมะเร็ง ซึ่งผู้เอาประกันภัยสามารถนำไปใช้เพื่อ

- ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- เป็นเงินชดเชยรายได้ในขณะที่เจ็บป่วยหรือพักฟื้น
- ไม่จำกัดวิธีการรักษา เช่น ธรรมชาติบำบัด ชีวจิต ฯลฯ
- กุณสำรองสำหรับครอบครัวในกรณีที่เสียชีวิต
- ไม่ต้องตรวจสุขภาพก่อนทำประกันภัย

การจ่ายสินไหม

เจอ - เมื่อตรวจพบโรคมะเร็งทุกระยะ

จ่าย - เต็มจำนวนทุนประกันภัย

จบ - สิ้นสุดความคุ้มครอง

พิเศษ

มะเร็งผิวหนัง คุ้มครองเพิ่ม 10% จากทุนประกันภัยที่ท่านเลือกซื้อ

ข้อยกเว้นความคุ้มครอง

1. เอดส์ โรคมะเร็งที่ลุกลาม ก่อให้เกิดเชื้อจุลชีพด้วยโอกาส และเนื้องอกร้ายแรง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็งที่ลุกลาม ก่อให้เกิดเชื้อ HIV
2. เป็นหรือเคยเป็นโรคมะเร็งก่อนการทำประกันภัย
3. การปรากฏหรือทราบอาการของโรคมะเร็งเป็นครั้งแรก ภายใน 90 วันนับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับครั้งแรก

ตารางความคุ้มครอง

แผน	1. โรคมะเร็ง ทุกชนิดทุกระยะ (ไม่รวมโรคมะเร็งผิวหนัง)	2. โรคมะเร็ง ผิวหนัง	เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่ม)					
			อายุแรกเข้า (ปี)					
			1-39 ปี	40-44 ปี	45-49 ปี	50-54 ปี	55-59 ปี	60-64 ปี
แผน 1	100,000	10,000	495.84	787.95	1,233.07	1,460.98	1,771.28	2,391.88
แผน 2	200,000	20,000	991.68	1,575.90	2,466.14	2,920.89	3,542.56	4,783.76
แผน 3	300,000	30,000	1,487.51	2,363.84	3,698.13	4,381.86	5,312.76	7,175.63
แผน 4	400,000	40,000	1,983.35	3,151.79	4,931.20	5,841.77	7,084.04	9,567.51
แผน 5	500,000	50,000	2,479.19	3,939.74	6,163.20	7,302.75	8,854.25	11,959.39
แผน 6	600,000	60,000	2,975.03	4,727.69	7,396.27	8,762.66	10,625.53	14,351.27
แผน 7	700,000	70,000	3,469.80	5,515.64	8,629.34	10,223.64	12,396.81	16,743.15
แผน 8	800,000	80,000	3,965.63	6,303.58	9,861.33	11,683.54	14,167.01	19,135.02
แผน 9	900,000	90,000	4,461.47	7,091.53	11,094.40	13,143.45	15,938.29	21,526.90
แผน 10	1,000,000	100,000	4,957.31	7,879.48	12,326.40	14,604.43	17,708.50	23,918.78

หมายเหตุ :

1. ผู้เอาประกันภัยมีอายุ 1 ปี - 59 ปี (ต่ออายุถึง 64 ปีบริบูรณ์)
2. เบี้ยประกันภัยจะปรับเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ
3. ผู้เอาประกันภัยต้องมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ และไม่มีโรคประจำตัว และผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัย
4. ระยะเวลารอคอย (หลังจากกรมธรรม์มีผลบังคับครั้งแรก) สำหรับการปรากฏหรือทราบอาการของโรคมะเร็งเป็นครั้งแรกภายใน 90 วัน