

เติมความอุ่นใจ... ให้การดำเนินชีวิตไม่สะดุด

ด้วย Cash Reserve จากแผนประกันภัยมะเร็ง TPB Cancer Care

- คุ่มครองโรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ (ยกเว้นผิวหนัง) ● ไม่ต้องตรวจสุขภาพ
- เจอ จ่าย จบ ทันทีเต็มทุนประกัน เมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเป็นครั้งแรก ไม่ว่าจะโรคมะเร็งระยะใดหลังจากเอาประกันภัย 90 วันแล้ว
- เบี้ยเพียงวันละ 1.34 บาท เทพเดียวสำหรับอายุ 20-60 ปี โดยไม่ปรับเพิ่มตามอายุ



คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย

- มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี บริบูรณ์ ● มีสุขภาพดีและไม่มีประวัติการเจ็บป่วยใดๆ ที่ร้ายแรงเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัว
- ไม่มีอาชีพที่เสี่ยงกับสารกัมมันตรังสี หรืออุตสาหกรรมเหมืองแร่ หรือโรงงานผลิตแบตเตอรี่ หรือถ่านไฟฉาย หรือโรงงานปิโตรเลียม และงานที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นละอองจากถ่านหินและน้ำมัน รวมถึงฝุ่นแร่ใยหิน ● ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย และผ่านการพิจารณารับประกันภัยของบริษัท

เงื่อนไขการรับประกันภัย

แผนความคุ้มครอง	ทุนประกันภัย
โรคมะเร็งทุกชนิดทุกระยะ (ยกเว้นมะเร็งผิวหนัง)	50,000 บาท
เบี้ยประกันภัยต่อปี 490 บาท (รวมภาษีและอากร)	

แผนความคุ้มครองที่ระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้เป็นข้อกำหนดความคุ้มครองและอัตราเบี้ยประกันภัย เพื่อประกอบการทำความเข้าใจแผนประกันภัยในเบื้องต้น เงื่อนไขความคุ้มครอง ข้อยกเว้น ผลประโยชน์และอัตราเบี้ยประกันภัยโดยละเอียด จะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย ของบริษัท ไทยไฟนอลประกันภัย จำกัด (มหาชน) เท่านั้น

ใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวนี้ เป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย

1. ข้อมูลส่วนตัวผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว) _____ บัตรประชาชนเลขที่ _____
 ออกให้โดย _____ บัตรหมอดอายุวันที่ _____ วันเกิด (ว/ด/ป) _____
 เพศ ชาย หญิง น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม.
 ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____
 เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 โทรศัพท์ (มือถือ) _____ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) _____ โทรศัพท์ (บ้าน) _____ อาชีพปัจจุบัน _____
 ตำแหน่ง _____ บริษัท _____ รายได้/เดือน _____ บาท
 ผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย _____

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย

เริ่มต้นวันที่ _____ สิ้นสุดความคุ้มครองภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่เริ่มต้นความคุ้มครอง เวลา 16.30 น.

2. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อ ทุนประกัน 50,000 บาท

3. ประวัติทางการแพทย์ : ผู้เอาประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้เอาประกันภัยเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคมะเร็งที่เป็น
ผู้เอาประกันภัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
บิดา-มารดา, พี่-น้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
บุตร	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้เอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่

ไม่เคย เคย
 สาเหตุของการผ่าตัด _____ เมื่อ _____
 ชื่อสถานพยาบาล _____

3. ผู้เอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่?

ไม่เคย เคย โปรดระบุโรค _____ รักษาที่โรงพยาบาล _____ เมื่อ _____

4. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ _____ มวน ตลอดระยะเวลา _____ ปี

5. ผู้เอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่

- ไม่เคย
- โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น) โรคมะเร็ง
- โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV ปอดอักเสบเรื้อรัง* ตับแข็ง, ตับอักเสบ
- ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง* ปากมดลูก, ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง* *ยังต้องรักษาต่อเนื่อง
- เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (แพทย์ระบุว่าเนื้องอก/ก้อนเนื้อ/ตุ่มเนื้อ/ซีสต์/.....)

ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วหรือยัง _____ เมื่อ _____ รพ. _____

แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ทุก ๆ

3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี

หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันมีอาการ ปกติ รักษาอยู่
 สถานพยาบาล _____

6. ท่านกำลังขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง มีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใด

ที่ทำให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด

ไม่มี มี ชื่อบริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท

7. ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่ _____
- ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บภาษี และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงาน คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ลงชื่อ _____

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ผู้เอาประกันภัย

สำหรับตัวแทนกรอกข้อมูล

ชื่อ-สกุลตัวแทน _____
 ที่อยู่ _____ โทรศัพท์มือถือ _____
 การจัดส่งกรมธรรม์ ที่อยู่ผู้เอาประกันภัย ที่อยู่ตัวแทน อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
 รหัสตัวแทนไทยไฟนอล _____ ขอเปิดรหัส (แบบแบบฟอร์มเปิดรหัส)
 รหัสใบอนุญาตตัวแทน _____