



ประกันภัย โรคมะเร็ง

ความคุ้มครอง	ทุนประกันภัย (บาท)		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
การได้รับวินิจฉัยโรคมะเร็งทุกระยะเป็นครั้งแรก (ยกเว้นโรคมะเร็งผิวหนัง) ระยะเวลารอคอย 90 วัน นับจากวันที่เริ่มมีผลบังคับครั้งแรก 1. มะเร็งระยะลุกลาม 2. มะเร็งระยะไม่ลุกลาม	100,000 50,000	300,000 150,000	500,000 250,000
3. จ่ายเพิ่มเติมมะเร็งระยะลุกลามเฉพาะเพศ (จากข้อ 1) • เพศชาย (มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์) • เพศหญิง (มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งมดลูก มะเร็งปากมดลูก)	50,000	150,000	250,000
4. จ่ายเพิ่มเติมค่ารักษาเคมีบำบัด รังสีบำบัด และการผ่าตัด เนื่องจากโรคมะเร็งระยะลุกลาม (ต่อปี)	25,000	75,000	120,000
อายุผู้เอาประกัน (ปี)	เบี้ยประกันภัยรวม (บาท)		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1 – 34 ปี	395	980	1,600
35 – 44 ปี	1,145	3,450	5,725
45 – 54 ปี	2,365	7,115	11,840
55 – 60 ปี	3,520	10,585	17,615

หมายเหตุ : • เบี้ยประกันภัยข้างต้น รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (7%) และอากรแสตมป์ (0.4%) แล้ว • คุ้มครองผู้เอาประกันภัยที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 1 ปี - 60 ปี (ปี พ.ศ. ปัจจุบัน ลบ ด้วยปี พ.ศ.เกิด) มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ หรืออวัยวะใดส่วนใดที่กรมธรรม์มีผลบังคับ • ผู้เอาประกันภัยทุกรายต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย โดยการพิจารณารับประกันภัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของบริษัทฯ • กรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วย หรือความผิดปกติ หรืออาการที่เกี่ยวข้อง หรือสาเหตุที่สืบเนื่องจากรโรคมะเร็งก่อนการเอาประกันภัย • หากกรมธรรม์ประกันภัยนี้จ่ายผลประโยชน์ความคุ้มครองโรคมะเร็งระยะไม่ลุกลามแล้ว ผู้เอาประกันภัยยังสามารถได้รับความคุ้มครองภายใต้ผลประโยชน์ หมวดความคุ้มครองอื่นได้อยู่ และยังจะสามารถต่ออายุกรมธรรม์ดังกล่าวได้ • ในปีต่ออายุหากกรมธรรม์ประกันภัยนี้จ่ายผลประโยชน์ความคุ้มครองโรคมะเร็งระยะไม่ลุกลามแล้ว กรมธรรม์ดังกล่าวไม่สามารถให้ความคุ้มครองผลประโยชน์โรคมะเร็งระยะไม่ลุกลามในปีต่ออายุได้อีก • ขอสงวนสิทธิ์ข้อได้ไม่เกิน 1 กรมธรรม์ต่อคน • ผลประโยชน์และความคุ้มครองเป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

ผู้นำเสนอได้แจ้งและอธิบายให้ผู้เอาประกันภัยเข้าใจและรับทราบรายละเอียดของแบบผลิตภัณฑ์ประกันภัยเป็นอย่างดีแล้ว

ลายมือชื่อนายหน้าประกันภัย
เลขที่ใบอนุญาต
วัน เวลา

ข้าพเจ้าได้อ่านศึกษาและเข้าใจรายละเอียดเอกสารนำเสนอผลิตภัณฑ์ครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์และความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการ

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
วัน เวลา

วันที่นำเสนอ / /
รับประกันภัยโดย :
บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

ช่องทางการชำระเบี้ยประกัน : NL17
กรุณาชำระเบี้ยประกันภัยทันที