

ประกันมะเร็ง

อินซัวร์ Cancer all in one

เพื่อให้คุณได้ใช้ชีวิตมั่นใจ

เบี้ยประกันภัย เพียงวันละ

12 บาท*

- ✓ ค้ำประกันโรคมะเร็งทุกระยะ (ยกเว้นโรคมะเร็งผิวหนัง) สูงสุด 1,500,000 บาท
- ✓ ค้ำประกันโรคมะเร็งผิวหนัง สูงสุด 300,000 บาท
- ✓ ค้ำประกันผ่าตัดอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง (ไม่รวมโรคมะเร็งผิวหนัง) สูงสุด 150,000 บาท
- ✓ ค้ำประกันการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด และ/หรือ รังสีรักษา สูงสุด 150,000 บาท
- ✓ รับเงินปลอบขวัญเพื่อการฟื้นฟูจิตใจ สูงสุด 60,000 บาท
- ✓ เบี้ยประกันภัยสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้ สูงสุด 25,000 บาท**

*เบี้ยประมาณการเริ่มต้นเฉลี่ยต่อวัน ช่วงอายุ 1-34 ปี แผน 1 (ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นรายปี)

**หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศอริบตีกรมสรรพากร

ลูกค้า INSURE อินทระประกันภัย รับสิทธิพิเศษ



ผ่านไลน์ THAI GROUP



เป็นเพื่อนกับ THAI GROUP



ข้อมูลผลิตภัณฑ์

หมายเหตุ : • ประกันมะเร็ง อินซัวร์ Cancer all in one เป็นชื่อทางการตลาดของแบบประกันภัยโรคมะเร็ง แคนเซอร์ แคร้
ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นรายปีเท่านั้น • เบี้ยประกันภัยขึ้นกับอายุผู้เอาประกันภัย และแผนประกันภัยที่เลือกซื้อผลประโยชน์
ความคุ้มครองขึ้นกับแผนประกันภัยที่เลือกซื้อ

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

www.indara.co.th

☎ 0 2636 5656

ตารางความคุ้มครองประกันภัยโรคมะเร็ง อินซัวร์ Cancer all in one

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ (ไม่รวมโรคมะเร็งผิวหนัง)	500,000	750,000	1,000,000	1,500,000
2. โรคมะเร็งผิวหนัง	100,000	150,000	200,000	300,000
3. การผ่าตัดอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง (ไม่รวมโรคมะเร็งผิวหนัง) (จ่ายตามจริงต่อครั้งแต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อปีกรมธรรม์)	50,000	75,000	100,000	150,000
4. การรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด และ/หรือ รังสีรักษา (จ่ายตามจริงต่อครั้งแต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อปีกรมธรรม์)	50,000	75,000	100,000	150,000
5. ค่าปลอบขวัญเพื่อการฟื้นฟูจิตใจ อันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง (ไม่รวมโรคมะเร็งผิวหนัง) ต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย	20,000	30,000	40,000	60,000

ตารางเบี้ยประกันภัยโรคมะเร็ง อินซัวร์ Cancer all in one

ช่วงอายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรวมรายปี (รวมอากรแสตมป์ และภาษี)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1 - 34	4,260	6,390	8,520	12,779
35 - 44	6,181	9,240	12,300	18,421
45 - 54	10,740	16,140	21,480	32,220
55 - 60	15,360	22,981	30,660	45,960
61 - 65 (ต่ออายุ)	เบี้ยประกันภัยตามอายุแรกเข้า			

เงื่อนไขการรับประกันภัย :

- ผู้เอาประกันภัยมีอายุตั้งแต่ 1 - 60 ปี ต่ออายุกรมธรรม์ได้จนถึง 65 ปี (ในการคำนวณอายุ เศษของวันหรือเดือนให้ปัดขึ้น)
- ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเป็น หรือตรวจพบว่าเป็นโรคร้ายมาก่อน เช่น โรควัณโรค ตับอักเสบ และซี โรคเอดส์ ปอดอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตับอักเสบ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง ปากมดลูก/ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น
- ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย และผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัท
- เบี้ยประกันภัยคงที่ตามอายุแรกเข้า
- ผู้เอาประกันภัยสามารถซื้อแผนประกันภัย โรคมะเร็งทุกโครงการของบริษัทฯ โดยทุนประกันภัยสูงสุด ทุกฉบับ รวมกันแล้วต้อง ไม่เกิน 1,500,000 บาทต่อคน หากพบว่ามี การซื้อประกันภัยรวมทุกฉบับเกินกว่าที่กำหนด บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิก คั้นเบี้ยประกันภัยเพิ่มจำนวน สำหรับกรมธรรม์ฉบับที่เกิดขึ้นภายหลังซึ่งทำให้ทุนประกันภัยเกิน 1,500,000 บาท

ข้อยกเว้นที่สำคัญ ไม่รับประกันภัย และไม่คุ้มครอง กรณี :

- ผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับแรกมีผลบังคับ ไม่ว่าจะได้รับการรักษาให้หายแล้วก็ตาม (Pre-existing Conditions)
- การปรากฏหรือทราบอาการของโรคมะเร็งหรือความผิดปกติที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็ง ไม่ว่าประเภทหรือชนิดใดๆ ภายในระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 90 วัน นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้ เริ่มมีผลบังคับเป็นครั้งแรก

หมายเหตุ :

- ผลประโยชน์ความคุ้มครอง และเบี้ยประกันภัย กำหนดตามแผนประกันภัยที่เลือกซื้อ

คำเตือน :

- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไข ก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- เงื่อนไขการรับประกัน และอัตราเบี้ยประกันเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

รับประกันภัยโดย : บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) 315 อาคารไทยกรุป ชั้น 3-4 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง แคนเซอร์ แคร์

1. ชื่อ - นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย
 ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์
- บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ หรือ
- หนังสือเดินทาง เลขที่
- วัน - เดือน - ปีเกิด อายุ เพศ ส่วนสูง (ซม) น้ำหนัก (กก.)
- อาชีพ ตำแหน่ง
- ลักษณะงานที่ทำ.....
- รายได้ / เดือน (บาท) ไม่เกิน 5,000 5,001-10,000 10,001-20,000 20,001-30,000
 30,001-40,000 40,001-50,000 มากกว่า 50,000
- สถานที่ทำงาน เบอร์โทรศัพท์
2. ชื่อ - นามสกุลผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
 ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.
4. ต้องการชำระเบี้ยประกันภัยเป็นแบบ รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี
- โดยวิธี
- เงินสด
- บัตรเครดิต ธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ
- ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร สาขา
- บัญชีเลขที่
- เบี้ยประกันภัยสุทธิ บาท
- อากาศแสดมป์ บาท
- ภาษี บาท
- รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากาศแสดมป์และภาษีแล้ว)

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก แผน

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัยเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคมะเร็งที่เป็น
ผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บิดา - มารดา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
พี่ - น้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่? ไม่เคย เคย
 สาเหตุของการผ่าตัด เมื่อ (เดือน / ปี) ชื่อสถานพยาบาล
3. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่? ไม่เคย เคย
 โปรดระบุโรค รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ (เดือน/ปี)
4. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ไม่สูบ สูบ วันละ มวน ตลอดระยะเวลา

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง แคนเซอร์ แคร์

5. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น) | <input type="checkbox"/> โรคนิวโมซิส หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV |
| <input type="checkbox"/> ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) | <input type="checkbox"/> ตับแข็ง ตับอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง |
| <input type="checkbox"/> ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) | <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวารอักเสบเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท อยุ่ระยะที่เป็น | |
| <input type="checkbox"/> ปัจจุบันยังเป็นอยู่ และยังไม่ผ่าตัด | |
| <input type="checkbox"/> ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย | |
| <input type="checkbox"/> ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน / ปี โรงพยาบาล | |
| <input type="checkbox"/> ผลตรวจเนื้อเยื่อ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ | |
| <input type="checkbox"/> แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุกๆ <input type="checkbox"/> 3 เดือน <input type="checkbox"/> 6 เดือน <input type="checkbox"/> 1 ปี <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ปี | |
| <input type="checkbox"/> ไม่เคย | |

หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้น ปัจจุบันนี้อาการ ปกติ รักษาอยู่ สถานพยาบาล

6. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแสดงรายละเอียด

- ไม่มี มี ชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพ ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุ เลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

- การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

รับประกันภัยโดย : บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) 315 อาคารไทยกรุป ชั้น 3-4 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2636 5656