

อินซัวร์ Cancer อุ่นใจ ประกันภัยโรคมะเร็ง ให้คุณอุ่นใจรอบด้าน



ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ พร้อมวางแผนเตรียมรับมือโรคร้าย ด้วยประกันภัยโรคมะเร็ง **อินซัวร์ Cancer อุ่นใจ** ที่ดูแลคุณรอบด้าน ทั้งการรักษาโรคร้าย และคลายความกังวลใจให้คุณ กับ 3 แพ็กเกจที่ให้คุณเลือกอย่างคุ้มค่า

- ✓ อัตราเบี้ยประกันภัยคงที่ ไม่ปรับเพิ่มตามอายุ
- ✓ คุ้มครองต่อเนื่อง จนถึงอายุ 65 ปี
- ✓ พิเศษ! รับเพิ่มความคุ้มครองโรคมะเร็ง ผิดหวัง 20%*
- ✓ จ่ายเมื่อตรวจเจอ
- ✓ อนุมัติกรมธรรม์ทันที โดยไม่ต้องตรวจสุขภาพ
- ✓ เบี้ยประกันภัยสามารถนำมาลดหย่อนภาษีได้ สูงสุด 25,000 บาท**

*ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเมื่อตรวจพบโรคมะเร็งผิดหวัง

**หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร



Extra

ดูแลเบื้องต้นให้คุณอุ่นใจ ลดความเสี่ยงจากภาวะ ค่าใช้จ่ายที่ไม่คาดฝัน



Extra Plus

ดูแลเพิ่มเติมให้ร่างกายของคุณ ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ พร้อมเงินชดเชยรายวัน เมื่อต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล



Exclusive

ดูแลอย่างครอบคลุม ให้คุณมั่นใจในการตรวจวินิจฉัย พร้อมคลายความกังวลใจให้คุณ

เงื่อนไขการรับประกันภัย : • ผู้เอาประกันภัยมีอายุตั้งแต่ 1-60 ปี ต่ออายุกรมธรรม์ได้จนถึง 65 ปี (ในการคำนวณอายุ เศษของวันหรือเดือนให้ปัดขึ้น) • ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเป็น หรือตรวจพบว่าเป็นโรคร้ายมาก่อน เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี โรคเอดส์ ปอดอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตับอักเสบ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง ปากมดลูก/ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น • ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย และผ่านเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัท • เบี้ยประกันภัยคงที่ตามอายุแรกเข้า • ผู้เอาประกันภัยสามารถซื้อแผนประกันภัยโรคมะเร็ง ทุกโครงการของบริษัทฯ โดยผู้รับประกันภัยสูงสุด กุฉวนันท์ รวมกันแล้วต้องไม่เกิน 1,500,000 บาทต่อคน หากพบว่ามีภาระซื้อประกันภัยรวมกันเกินที่กำหนด บริษัทฯขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิก คินเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน สำหรับกรมธรรม์ฉบับที่เกิดขึ้นภายหลังซึ่งทำให้ผู้รับประกันภัยเกิน 1,500,000 บาท

ข้อยกเว้นที่สำคัญ ไม่รับประกันภัยและไม่คุ้มครอง กรณี :

1. ผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งก่อนวันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับใช้ ไม่ว่าจะได้รับการรักษาให้หายแล้วก็ตาม (Pre-existing Conditions)
2. การปรากฏหรือทราบอาการของโรคมะเร็งหรือความผิดปกติที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะประเภทหรือชนิดใดๆ ภายในระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting Period) 90 วัน นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้ เริ่มมีผลบังคับใช้ครั้งแรก

หมายเหตุ : • ต้องแถลงสุขภาพในใบคำขอเอาประกันภัย • การแถลงสุขภาพเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย • อินซัวร์ Cancer อุ่นใจเป็นชื่อทางการตลาดของแบบประกันภัยโรคมะเร็งแคเนเซอร์แคร์ • **ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นรายปีเท่านั้น**

คำเตือน : • ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไข ก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง • การอนุมัติรับประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขที่บริษัทกำหนด และการชดใช้เงินหรือค่าสินไหมทดแทนเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย



สแกนเลย

ลูกค้า INSURE อินทรรักษาภัย รับสิทธิพิเศษ  ผ่านไลน์ THAI GROUP



เป็นพันธมิตรกับ THAI GROUP

หมายเหตุ : • หมายเหตุ : อินซัวร์ ชั้น 1 คู่มี คู่มี (ซ่อมอู่และซ่อมห้าง) เป็นชื่อทางการตลาดของกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ประเภท 1

• ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไข ก่อนการตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง • เงื่อนไขการรับประกันภัย และอัตราเบี้ยประกันภัยเป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

รับประกันภัยโดย : บริษัท อินทรรักษาภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 315 อาคารไทยกรุ๊ป ชั้น 3-4 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

www.indara.co.th
 0 2636 5656

โรคมะเร็ง...ภัยเงียบใกล้ตัว

วางแผนรับมือโรคร้ายตั้งแต่วันนี้ เพิ่มความอุ่นใจรอบด้าน เพียงเลือกแผนประกันภัยที่ตอบโจทย์ และคุ้มค่ากับอินท

ผลประโยชน์ และความคุ้มครองประกันภัยโรคมะเร็ง อินซัวร์ Cancer อุ่นใจ

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)								
	Extra			Extra Plus			Exclusive		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ (ไม่รวมโรคมะเร็งผิวหนัง)	200,000	500,000	1,000,000	200,000	500,000	1,000,000	200,000	500,000	1,000,000
2. โรคมะเร็งผิวหนัง	40,000	100,000	200,000	40,000	100,000	200,000	40,000	100,000	200,000
3. การรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด และ/หรือ รังสีรักษา (จ่ายตามจริงต่อครั้งแต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อปีกรมธรรม์)	-	-	-	20,000	50,000	100,000	20,000	50,000	100,000
4. การผ่าตัดอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง (ไม่รวมโรคมะเร็งผิวหนัง) (จ่ายตามจริงต่อครั้งแต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อปีกรมธรรม์)	-	-	-	40,000	100,000	200,000	40,000	100,000	200,000
5. ผลประโยชน์ชดเชยรายได้รายวันจากการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง (ไม่รวมโรคมะเร็งผิวหนัง) (ชดเชยต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 30 วัน ต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย)	-	-	-	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
6. ผลประโยชน์การตรวจวินิจฉัยซ้ำ (Second Opinion) ต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย	-	-	-	-	-	-	10,000	10,000	10,000
7. ค่าปลอบขวัญเพื่อการฟื้นฟูจิตใจอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง (ไม่รวมโรคมะเร็งผิวหนัง) ต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย	-	-	-	-	-	-	10,000	25,000	50,000

ช่วงอายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยสุทธิตายปี (รวมอากรแสตมป์และภาษี)								
	Extra			Extra Plus			Exclusive		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1-34	1,225	3,057	6,101	2,081	5,005	9,870	2,319	5,429	10,606
35-44	1,777	4,442	8,885	2,979	7,193	14,224	3,326	7,802	15,264
45-54	3,575	8,985	17,843	5,026	12,318	24,387	5,450	13,067	25,664
55-60	5,352	13,389	26,779	7,086	17,377	34,538	7,594	18,266	36,055
61-65 (ต่ออายุ)	เบี้ยประกันภัยตามอายุแรกเข้า								

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
- อากรแสตมป์ บาท
- ภาษี บาท
- รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระบาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

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 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่? ไม่เคย เคย
- สาเหตุของการผ่าตัดเมื่อ (เดือน / ปี).....ชื่อสถานพยาบาล.....
3. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่? ไม่เคย เคย
- โปรดระบุโรครักษาที่โรงพยาบาลเมื่อ (เดือน/ปี).....
4. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ไม่สูบ สูบ วันละ.....มวน ตลอดระยะเวลาปี

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง แคนเซอร์ แคร์

5. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?

- โรคไวรัสตับอักเสบบชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น) โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
- ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) ตับแข็ง ตับอักเสบ
- ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) โรคมะเร็ง
- ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) ริดสีดวงทวารอักเสบเรื้อรัง
- เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท.....อวัยวะที่เป็น.....)
- ปัจจุบันยังเป็นอยู่ และยังไม่ผ่าตัด
- ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย
- ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน / ปี.....โรงพยาบาล.....
- ผลตรวจเนื้อเยื่อ ปกติ ไม่ปกติ
- แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุกๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
- ไม่เคย

หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้น ปัจจุบันมีอาการ ปกติ รักษาอยู่ สถานพยาบาล.....

6. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด

- ไม่มี มี ชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว

วันที่..... เดือน พ.ศ..... ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

- การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

รับประกันภัยโดย : บริษัท อินทประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 315 อาคารไทยกรุป ชั้น 3-4 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500 ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 02 636 5656