

## ชื่อยกเว้นสำคัญ

กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามข้อตกลง  
คุ้มครอง หากผู้เอาประกันภัยได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็น  
โรคมะเร็ง อันเป็นผลมาจากสาเหตุ ดังต่อไปนี้

1. เอ็ดส์ (AIDS) หมายความว่า ภูมิคุ้มกันบกพร่อง  
(ACQUIRED IMMUNO DEFICIENCY SYNDROME)  
และให้หมายความรวมถึง

การติดเชื้อลิวโวกออส เนื่องจากร้ายแรง ซึ่งมีความ  
สัมพันธ์กับโรคมะเร็งภูมิคุ้มกันบกพร่อง A.R.C.  
(AIDS RELATED CONDITION)

โดยผลการตรวจเลือดแสดงเป็นเลือดบวกของไวรัส HIV  
(HUMAN IMMUNO DEFICIENCY VIRUS)

2. บริษัทพบหลักฐานทางการแพทย์ที่บ่งชี้ว่า  
โรคมะเร็งนั้นเป็นสภาพทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ ก่อนการ  
ทำประกันภัย

3. การปรากฏหรือทราบอาการของโรคมะเร็ง  
เป็นครั้งแรกภายใน 90 วัน นับจากวันที่กรมธรรม์  
ประกันภัยเริ่มมีผลบังคับครั้งแรก

ติดต่อ

## มีตรงแท้ที่อยู่เคียงข้างคุณ

### โรคมะเร็ง

ได้บันทึกคุณภาพของผู้คนทั่วโลกและในประเทศไทย  
โดยติดอันดับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดเป็นอันดับ 1  
มาเป็นระยะเวลายาวนานจนถึงปัจจุบัน

คุณเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้น  
อย่างไรบ้าง? และจะดีแค่ไหนหากเงินเฉลี่ยเพียงไม่ถึง 2 บาท  
ต่อวัน สามารถให้หลักประกันทางการเงินกับคุณได้ว่า คุณจะ  
ไม่ต้องร้อนเกินจำเป็นหากโรคร้ายเข้ามากล้ำกรายคุณ

วันนี้กับแผนประกันภัยโรคมะเร็งของมีตรงแท้ประกันภัยฯ  
เราพร้อมมอบเงินค่าทดแทน ให้คุณเต็มจำนวนตั้งแต่วันที่  
ที่ตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ (ตามเงื่อนไขที่  
กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย) เพื่อคุณสามารถนำเงินค่า  
ทดแทนที่ได้ไปเตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆไม่ว่าค่าใช้จ่าย  
ในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่างๆในชีวิต หรือ  
เพื่อเป็นหลักประกันทางการเงินเพื่อคนที่คุณรัก เป็นต้น

### คุณสมบัติผู้สมัคร

- มีอายุระหว่าง 1- 59 ปี  
(ต่ออายุได้จนถึง 64 ปี)
- สัญชาติไทย
- ไม่เคยเป็นมะเร็งมาก่อนการทำประกันฯ
- ไม่ต้องตรวจสุขภาพก่อนทำประกัน

**มีตรงแท้**  
จริงใจ เปิดเพชร

ใครคือผู้อยู่ดูแลคุณยามเจ็บป่วย

**มั่นใจเมื่อต้องเผชิญหน้ากับโรคมะเร็ง**

....โรคร้ายที่บันทึกคุณภาพและสถานะทางการเงินของคุณ



ประกันภัยโรคมะเร็ง แบบ มีตรงแท้เพื่อคุณ

**บริษัท มีตรงแท้ประกันภัย จำกัด**

295 ถนนสีพระยา บางรัก กรุงเทพฯ 10150

โทร. 02 640 7777

โทรสาร. 02 640 7799 ต่อ 6611,7812

# ตารางเบี้ย

## ประกันภัยโรคมะเร็ง แบบ มิตรแท้เพื่อคุณ

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
โรคมะเร็งทุกชนิดทุกระยะ	85,000	100,000	150,000	200,000	250,000
โรคมะเร็งผิวหนัง	17,000	20,000	30,000	40,000	50,000
เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่ม)					
อายุ (ปี)	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
<35	462	544	811	1,084	1,354
35-39	500	590	885	1,178	1,472
40 - 44	702	826	1,236	1,650	2,061
45 - 49	1,100	1,295	1,940	2,587	3,236
50 -54	1,300	1,531	2,295	3,059	3,824
55 - 59	1,579	1,859	2,787	3,717	4,645
60 - 64 (กรณีต่ออายุ)	2,140	2,518	3,775	5,033	6,292

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				
	แผน 6	แผน 7	แผน 8	แผน 9	แผน 10
โรคมะเร็งทุกชนิดทุกระยะ	300,000	350,000	400,000	450,000	500,000
โรคมะเร็งผิวหนัง	60,000	70,000	80,000	90,000	100,000
เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่ม)					
อายุ (ปี)	แผน 6	แผน 7	แผน 8	แผน 9	แผน 10
<35	1,623	1,907	2,169	2,432	2,707
35-39	1,767	2,061	2,355	2,654	2,943
40 - 44	2,473	2,891	3,302	3,708	4,122
45 - 49	3,881	4,526	5,176	5,820	6,468
50 -54	4,588	5,355	6,121	6,887	7,645
55 - 59	5,573	6,503	7,435	8,361	9,292
60 - 64 (กรณีต่ออายุ)	7,550	8,816	10,065	11,325	12,580

## มิตรแท้ที่อยู่เคียงข้างคุณ

# ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่บ้าน.....มือถือ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

(กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เพศ.....

ส่วนสูง.....ซม.                      น้ำหนัก.....กก.

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....

สถานที่ทำงาน.....โทร.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์.....

ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่.....โทร.....

ขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง แผน .....

## ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

1. พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่? โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็นและโรคมะเร็งที่เป็น  ใช่  ไม่ใช่

มะเร็งเต้านม  มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งรังไข่  มะเร็งลำไส้

มะเร็งจอตา  มะเร็งเม็ดเลือดขาว

มะเร็งอื่นๆ ระบุ.....

โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น.....

2. ประวัติการสูบบุหรี่

ในอดีต  ไม่เคยสูบ  เคยสูบบวันละ .....

เริ่มสูบเมื่ออายุ ..... ปี ถึง ..... ปี

ปัจจุบัน  ไม่สูบ  สูบบวันละ.....มวน

3. ผู้ขอเอาประกันภัยรับรู้ด้วยตัวเอง เคยป่วย หรือได้รับการรักษา

จากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

โรคไวรัสตับอักเสบบ ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น)

โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV

ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)

ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)

ตับแข็ง, ตับอักเสบ

ปากมดลูก หรือ ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)

โรคมะเร็ง

เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์

(โปรดระบุประเภท..... อวัยวะที่เป็น.....)

ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด

ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกัน

ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกัน

เมื่อเดือนปี.....โรงพยาบาล.....

ผลตรวจเนื้อเยื่อ  ปกติ  ไม่ปกติ

แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์

ทุก ๆ  3 เดือน  6 เดือน  1 ปี  มากกว่า 1 ปี

ไม่เคย

4. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็งหรือการประกันภัยอื่นใดกับ บริษัท มิตรแท้ ประกันภัย จำกัด หรือบริษัทประกันภัยอื่นใด ที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด

ไม่มี  มี ชื่อบริษัท .....

จำนวนเงินเอาประกันภัย .....

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้

.....ใบอนุญาตเลขที่.....

ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดความจริงหรือแถลง

ข้อความอันเป็นเท็จ จะมิให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทมีสิทธิออกคำสั่งสัญญา

ประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

แบบประกันภัย  
หมายเหตุ : เบี้ยประกันภัยปรับตามช่วงอายุที่ระบุในตาราง หากท่านต้องการจำนวนเงินเอาประกันภัยสูงกว่า แผนในใบสมัครนี้ กรุณาติดต่อ โทรทัศน์ 02-640-7777 ต่อ 6811 หรือ 7812