มะเร็งโรคร้าย.....ที่ใคร ๆ พากันกลัว

Allianz C.P.

ขึ้นชื่อว่าโรคมะเร็ง คนส่วนใหญ่จะนึกถึงความตาย... ไม่ว่าจะเป็นมะเร็งอะไร เกิดขึ้นที่ไหน ใคร ๆ ก็พากันกลัวไม่อยากเป็นด้วยกันทั้งนั้น เพราะเราต่างก็รู้สึกว่าโรคนี้รักษาไม่หาย ทุกข์ทรมาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ใครที่เป็นมะเร็งแล้วดูจะไม่มีความหวังเอาเสียเลย หากโชคดีไม่ถึงตายก็มีสภาพที่ไม่น่าดูไปตลอดชีวิต.....

อลิอันซ์ ซี.พี.ประกันภัย ขอดูแลคุณหากคุณต้องเผชิญกับโรคร้ายนี้ ด้วยแผนประกันภัย **My PA Plus ++ Cancer** เพื่อให้คุณมั่นใจว่าหากความโชคร้ายนี้เกิดขึ้นกับคุณ เราพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างคุณเสมอ ด้วยผลประโยชน์ที่เราจะมอบให้ **ดังนี้**

- **เจอ จ่าย จบ -→ จ่ายเงินชดเชยทันทีเมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก**
- **เบี้ยประกันภัยขั้นต่ำ เริ่มต้นเพียงวันละ 3 บาท**
- **เบี้ยประกันภัยคงที่ไม่ปรับเพิ่มตามอายุ**
- **ขยายคุ้มครองโรคมะเร็งผิวหนัง 20% ของทุนประกันภัยมะเร็ง**
- **ความคุ้มครองพิเศษค่าใช้จ่ายในกรณีที่ท่านต้องการตรวจเป็นครั้งที่สองเพื่อการยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งด้วยความคุ้มครอง "การตรวจวินิจฉัยซ้ำ (Second Opinion)" สูงสุด 30,000 บาท**
- **ความคุ้มครองเพิ่มเติมพิเศษ การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล คุ้มครองสำหรับการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะหรือสายตา ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1) จากอุบัติเหตุ ด้วยทุนประกันภัยเดียวกันกับความคุ้มครองโรคมะเร็ง**
- **สำหรับแผนครอบครัวให้ความคุ้มครองฟรี....สำหรับบุตรไม่จำกัดจำนวน**
- **ไม่ต้องตรวจสุขภาพก่อนทำประกันภัย**

คุณสมบัติของผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรส และบุตร

1. ผู้ขอเอาประกันภัยหรือคู่สมรสมีอายุตั้งแต่ 10 – 50 ปีบริบูรณ์นับตั้งแต่วันเริ่มเอาประกันภัยครั้งแรก
2. บุตรตามกฎหมายของผู้ขอเอาประกันภัย ซึ่งยังมิได้สมรสและมีอายุตั้งแต่แต่ 1 ปี ถึง 20 ปีบริบูรณ์ หรือไม่เกิน 23 ปีบริบูรณ์กรณีศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัยหรืออุดมศึกษา
3. ประวัติสุขภาพ
   - 3.1 ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์
     - 3.1.1 ไม่เป็นหรือมีอาการเกี่ยวเนื่องกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือมีความพิการร่างกายของอวัยวะส่วนใด
     - 3.1.2 ไม่เคยป่วยหรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อดังต่อไปนี้ โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B, ชนิด C ,โรคปอดอักเสบเรื้อรังที่ยังต้องมีการรักษาต่อเนื่อง, โรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังที่ยังต้องรักษาต่อเนื่อง, โรคตับแข็ง ตับอักเสบ, ปากมดลูกหรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรังที่ยังต้องรักษาต่อเนื่อง, โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคมะเร็งทุกชนิดไม่ว่าจะรักษาหายแล้วหรือไม่ก็ตาม, ซีสต์ประเภทใดก็ตามที่แพทย์มีการนัดตรวจติดตามทุก ๆ 3 หรือ 6 เดือน ไม่ว่าจะผ่าตัดออกแล้วหรือไม่ก็ตาม, เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อที่ได้รับการรักษาให้หายขาดไปแล้วน้อยกว่า 2 ปีก่อนการทำประกันภัย
   - 3.2 พ่อ แม่ พี่ หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสหรือบุตร
     - 3.2.1 กรณีที่เป็นผู้ชาย ต้องไม่เคยเป็นหรือเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคมะเร็งจอตา โรคมะเร็งลำไส้
     - 3.2.2 กรณีที่เป็นผู้หญิงต้องไม่เคยเป็นหรือเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งมดลูก โรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งรังไข่ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคมะเร็งจอตาหรือโรคมะเร็งลำไส้
   - 3.3 ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร หากมีการสูบบุหรี่ ต้องสูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ซองต่อวันต่อคน

เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. บริษัทขอสงวนสิทธิ์รับพิจารณาเป็นรายๆไป ในกรณีผู้ขอเอาประกันภัยหรือคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือสถานที่ทำงานอยู่ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส
2. บริษัทขอสงวนสิทธิ์ไม่รับประกันภัยสำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพดังต่อไปนี้

   พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมเหมืองแร่ นิเกิล สารกัมมันตรังสี ,โรงงานผลิตแบตเตอรี่ ,โรงงานผลิตถ่านไฟฉาย .เหมืองนิเกิล ,โรงงานไฟฟ้านิวเคลียร์ ,โรงงานที่ต้องใช้กัมมันตภาพรังสีในการผลิต เช่น โรงงานผลิตเครื่องมือทางการแพทย์ โรงงานปิโตรเลียม ,พนักงานที่ทำงานเกี่ยวกับฝุ่นละอองจากถ่านหินและน้ำมัน ฝุ่นแร่ใยหิน (Asbestos)

   งานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับสูงมากเป็นพิเศษ ได้แก่ สตั๊นแมน นักแสดงกายกรรม ตำรวจ ทหาร อาสาสมัครกู้ชีพหรือบรรเทาสาธารณภัย พนักงานติดตั้งเสาอากาศ พนักงานติดตั้งป้ายโฆษณา พนักงานติดตั้ง/ซ่อมเครื่องจักร คนงานเก็บมะพร้าว คนงานกรีดยาง ลูกเรือประมง หรือชาวประมง กลาสีเรือทะเล พนักงานดับเพลิง นักประดาน้ำ คนงานรับจ้างทำนา ทำไร่ ทำสวน ช่างไม้ ช่างปูน ช่างทาสี พนักงานทำความสะอาดอาคารสูง

   คนงานในอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือการผลิตที่เสี่ยงอันตราย ได้แก่ คนงานขุดเจาะน้ำมันในทะเล คนงานในโรงงานผลิตวัตถุระเบิด/ดินปืน คนงานอ๊อกเหล็ก คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมหนักที่ใช้เครื่องกลหนัก คนงานในโรงงานสารเคมีมีพิษอันตราย คนงานในโรงงานอัดก๊าซ วัตถุไวไฟ กรรมกร คนงานก่อสร้าง คนงานฉีดพ่นยาฆ่าแมลง

   งานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยานพาหนะหรือเดินทางนอกสถานที่เป็นประจำ ได้แก่ คนขับเรือ พนักงานเรือโดยสาร คนขับรถยกหรือลากจูงในท่าเรือ พนักงานส่งของหรือเอกสารที่ใช้มอเตอร์ไซด์ในการทำงาน คนขับรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง คนขับรถบรรทุกน้ำมัน/แก๊ส/วัตถุอันตราย ต่าง ๆ พนักงานขับรถทัวร์ พนักงานประจำรถทัวร์ แอร์โฮสเตส สจ๊วต กัปตัน

   อาชีพพิเศษ ได้แก่ ดารา นักร้อง นักแสดง นักดนตรี นักกีฬา นักการเมือง

เอกสารประกอบการสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สูติบัตร (กรณียังไม่มีบัตรประชาชน)
2. ใบอนุญาตทำงาน (กรณีต่างด้าว)

คำอธิบายเพิ่มเติม

โรคมะเร็ง หมายถึงกลุ่มอาการของโรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติ เจริญเติบโตหรือเพิ่มจำนวนอย่างไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดผลเสียหายต่อการทำงานในสภาวะปกติของอวัยวะหรือระบบการทำงานของร่างกาย

โรคมะเร็งผิวหนัง หมายถึง โรคมะเร็งซึ่งปรากฏอาการทางผิวหนังนอกเหนือจากมะเร็งของเม็ดสีหรือ ที่เรียกกันว่ามะเร็งไฝดำ หรือ เมลลาโนม่า (Melanoma)

การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล อบ.1 หมายถึง การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล คุ้มครองสำหรับการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะหรือสายตา ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง รวมถึงการเสียชีวิตจากการถูกฆาตรกรรม

การตรวจวินิจฉัยซ้ำ หมายถึง หากภายหลังจากที่ผู้อเอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นครั้งแรกว่าเป็นโรคมะเร็ง และผู้ขอเอาประกันภัยต้องการเข้ารับการตรวจเป็นครั้งที่สองจากแพทย์ท่านอื่นเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยหรือรับคำปรึกษาในการวางแผนการรักษาซึ่งเกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังจากวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งแรก บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนเพิ่มเติมให้กับผู้ขอเอาประกันภัยตามค่าใช้จ่ายที่แท้จริงสำหรับการตรวจวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ท่านอื่นเป็นครั้งที่สองหรือค่าธรรมเนียมการปรึกษาแพทย์ที่ได้จ่ายจริง

แผนประกันภัย รายบุคคลและแบบครอบครัว

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง	แผน 1			แผน 2			แผน 3			แผน 4			แผน 5		
ทุนประกันภัย	รายเดี่ยว	รายครอบครัว		รายเดี่ยว	รายครอบครัว		รายเดี่ยว	รายครอบครัว		รายเดี่ยว	รายครอบครัว		รายเดี่ยว	รายครอบครัว	
	ผู้เอาประกันภัย	ผู้เอาประกันภัย และ คู่สมรส (ต่อคน)	บุตรต่อคน	ผู้เอาประกันภัย	ผู้เอาประกันภัย และ คู่สมรส (ต่อคน)	บุตรต่อคน	ผู้เอาประกันภัย	ผู้เอาประกันภัย และ คู่สมรส (ต่อคน)	บุตรต่อคน	ผู้เอาประกันภัย	ผู้เอาประกันภัย และ คู่สมรส (ต่อคน)	บุตรต่อคน	ผู้เอาประกันภัย	ผู้เอาประกันภัย และ คู่สมรส (ต่อคน)	บุตรต่อคน
ความคุ้มครองมะเร็ง	100,000	100,000	25,000	200,000	200,000	50,000	300,000	300,000	75,000	400,000	400,000	100,000	500,000	500,000	125,00
ความคุ้มครองมะเร็งผิวหนัง	20,000	20,000	5,000	40,000	40,000	10,000	60,000	60,000	15,000	80,000	80,000	20,000	100,000	100,000	25,00
ความคุ้มครองการตรวจวินิจฉัยซ้ำ	5,000	5,000	1,250	10,000	10,000	2,500	20,000	20,000	5,000	30,000	30,000	7,500	30,000	30,000	7,500
การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (อ.บ.1)	100,000	100,000	25,000	200,000	200,000	50,000	300,000	300,000	75,000	400,000	400,000	100,000	500,000	500,000	125,00

เบี้ยประกันภัยรายปี	แผน 1		แผน 2		แผน 3		แผน 4		แผน 5	
ช่วงอายุ (ปี)	รายเดี่ยว	รายครอบครัว	รายเดี่ยว	รายครอบครัว	รายเดี่ยว	รายครอบครัว	รายเดี่ยว	รายครอบครัว	รายเดี่ยว	รายครอบครัว
10 – 19	820	1,640	1,630	3,260	2,470	4,940	3,310	6,620	4,100	8,200
20 – 29	870	1,740	1,740	3,480	2,640	5,280	3,540	7,080	4,380	8,760
30 – 39	980	1,960	1,950	3,900	2,950	5,900	3,960	7,920	4,890	9,780
40 – 44	1,280	2,560	2,560	5,120	3,880	7,760	5,210	10,420	6,430	12,860
45 – 50	1,970	3,940	3,930	7,860	5,980	11,960	8,020	16,040	9,900	19,800
51 – 65* (ต่ออายุ)	เท่ากับเบี้ยอายุแรกเข้า									

หมายเหตุ : เบี้ยประกันภัยดังกล่าวข้างต้นรวมภาษีอากรแล้ว

หลักเกณฑ์การพิจารณาเบี้ยประกันภัย

1. จ่ายเบี้ยประกันภัยในอัตราคงที่ (ตามเบี้ยประกันภัยของปีแรกที่เริ่มคุ้มครอง) โดยไม่มีการปรับเบี้ยฯ เพิ่มตามอายุ
2. ทุนประกันภัยของผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส (ถ้ามี) จะเท่ากันทุกประการ แต่จำกัดทุนประกันภัยสูงสุดสำหรับบุตรไม่เกิน 25% ของทุนแต่ละหมวดของผู้ขอเอาประกันภัย
3. เบี้ยประกันภัยนี้รวมการขยายความคุ้มครองโรคมะเร็งผิวหนัง 20% ของทุนประกันภัยแล้ว
4. ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถซื้อความคุ้มครองโรคมะเร็งได้สูงสุดรวมกันทุกฉบับไม่เกิน 1,000,000 บาท
5. เบี้ยประกันภัยสำหรับแผนครอบครัวคำนวณจากเบี้ยประกันภัยของผู้ที่มีอายุมากสุดในครอบครัวเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาเบี้ยประกันภัย

เอกสารฉบับนี้มิใช่สัญญาประกันภัย รายละเอียด เงื่อนไขความคุ้มครองและข้อยกเว้นจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันภัย (ส่วน ก. ผู้ขอเอาประกันภัย)

Allianz C.P.

☑ ประเภทการประกันภัย
☐ แผนรายบุคคล (ส่วน ก.)
☐ แผนครอบครัว (ส่วน ก และ ข.)

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย .....
   ที่อยู่ปัจจุบัน .....☎.....
2. บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง(กรณีคนต่างด้าว)เลขที่ ..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
3. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... เพศ ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....
4. อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ .....
   รายได้ประจำ / เดือน ..... บาท รายได้อื่นๆ / เดือน ..... บาท
   สถานที่ทำงาน .....☎.....
5. ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....
   ที่อยู่ .....☎.....
6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ ..... เวลา 16.30 น. ถึงวันที่ ..... เวลา 16.30 น.

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ **O แผนรายบุคคล O แผนครอบครัว**
O แผน 1 O แผน 2 O แผน 3 O แผน 4 O แผน 5

ประวัติทางการแพทย์

1. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและ/หรือประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งกับบริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันภัย จำกัด หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?
   O ไม่เคย/ ไม่มี O เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) ..... บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... (บาท)
2. ขณะนี้ผู้ขอเอาประกันภัยกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือ
   เชื้อไวรัส HIV หรือมีความพิการทางร่างกายของอวัยวะส่วนใดหรือไม่ ?
   O ไม่เคย/ ไม่มี O เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) .....
3. พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่? มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งจอตา มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งอื่นๆ
   O ไม่เคยเป็น
   O เคยเป็น โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็นและโรคมะเร็งที่เป็น.....
4. ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน O ไม่สูบ O สูบไม่เกิน 20 มวน/วัน O สูบมากกว่า 20 มวน/วัน
5. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?
   O โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B,C(ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) O โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV O ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) O ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
   O ตับแข็ง,ตับอักเสบ O ปากมดลูก หรือ ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) O โรคมะเร็ง
   O เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท..... อวัยวะที่เป็น.....)
   ☐ ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด ☐ ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย
   ☐ ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี.....โรงพยาบาล..... ผลตรวจเนื้อเยื่อ O ปกติ O ไม่ปกติ
   ☐ แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุก ๆ O 3 เดือน O 6 เดือน O 1 ปี O มากกว่า 1 ปี
   O ไม่เคยเป็น

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท ***เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว***

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....
( )

☐ **ตัวแทนประกันภัย** ☐ **นายหน้าประกันภัย** ..... **ใบอนุญาตเลขที่** .....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

ใบคำขอเอาประกันภัย (ส่วน ข. คู่สมรส)

☑ ประเภทการประกันภัย
☐ แผนรายบุคคล (ส่วน ก.)
☐ แผนครอบครัว (ส่วน ก และ ข.)

1. ชื่อ-นามสกุลของคู่สมรส .....
   ที่อยู่ปัจจุบัน ..... ☎.....
2. บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง(กรณีคนต่างด้าว)เลขที่ ..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
3. วัน/เดือน/ปีเกิด ..... เพศ ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....
4. อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ .....
   รายได้ประจำ / เดือน ..... บาท รายได้อื่นๆ / เดือน ..... บาท
   สถานที่ทำงาน ..... ☎.....
5. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....
   ที่อยู่ ..... ☎.....
6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ ..... เวลา 16.30 น. ถึงวันที่ ..... เวลา 16.30 น.

รายละเอียดของบุตร

ชื่อ – นามสกุลบุตร (อายุ 1 – 23 ปี)	วัน/เดือน/ปีเกิด	ผู้รับประโยชน์
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

ประวัติทางการแพทย์ : (ต้องกรอกและลงนามโดยคู่สมรสเอง)

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและ/หรือประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งกับ บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันภัย จำกัด หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?
   ☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) ..... บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย .....บาท.
2. ขณะนี้ท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความพิการทางร่างกายของอวัยวะส่วนใดหรือไม่ ?
   ☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) .....
3. พ่อ แม่ พี่หรือน้องของคู่สมรส เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่? โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็นและโรคมะเร็งที่เป็น
   O มะเร็งเต้านม O มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก O มะเร็งรังไข่ O มะเร็งลำไส้ O มะเร็งจอตา O มะเร็งเม็ดเลือดขาว O มะเร็งอื่นๆ ระบุ.....
   โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น.....
4. ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน O ไม่สูบ O สูบไม่เกิน 15 มวน/วัน O สูบมากกว่า 15 มวน/วัน
5. คู่สมรสหรือบุตรเคยป่วยหรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?
   O โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) O โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV O ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) O ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
   O ตับแข็ง,ตับอักเสบ O ปากมดลูก หรือ ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) O โรคมะเร็ง
   O เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท..... อวัยวะที่เป็น.....)
   ☐ ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด ☐ ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย
   ☐ ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี.....โรงพยาบาล..... ผลตรวจเนื้อเยื่อ O ปกติ O ไม่ปกติ
   ☐ แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุก ๆ O 3 เดือน O 6 เดือน O 1 ปี O มากกว่า 1 ปี

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท***เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว***

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... ลายมือชื่อคู่สมรส / บุตร .....
( )

☐ ตัวแทนประกันภัย ☐ นายหน้าประกันภัย ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้