

ประกันวินาศภัย

ประกันภัยมະเรຶง

ประกันมະเรຶง **พลัส คีโม**

สมัครง่าย ไม่ต้องตรวจสุขภาพ

- จ่ายเต็มจำนวนสูงสุด **1,000,000** บาท
- ค่าเบี้ยสูงสุดครั้งละ **20,000** บาท

รับประกันภัยโดย บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)



krungsri
กรุงศรี

หรือ MUFG กรุ๊ปใน
สถาบันการเงินที่ใหญ่ที่สุดของโล

Call 1572

www.krungsri.com

แผนประกันมะเร็ง พลัส คีโบ

รับเงินทดแทนเต็มจำนวนเมื่อตรวจพบมะเร็งครั้งแรก

ความคุ้มครอง	แผน 1 (บาท)	แผน 2 (บาท)
1.โรคมะเร็งที่ตรวจพบครั้งแรกโดยแพทย์ ทุกชนิด ทุกระยะ (ไม่คุ้มครองมะเร็งผิวหนัง)	500,000	1,000,000
2.ผลประโยชน์การทำเคมีบำบัดและรังสีรักษา จ่ายตามจริง (ครั้งละ) สูงสุดไม่เกิน 5 ครั้ง ต่อปี	20,000	20,000
ช่วงอายุ(ปี)	เบี้ยประกันภัยรายปี รวมภาษีอากรแล้ว (บาท)	
20 - 34	2,680	5,360
35 - 39	3,760	7,520
40 - 44	4,300	8,600
45 - 49	6,645	13,290
50 - 54	8,050	16,100
55 - 60	10,740	21,480

* เบี้ยประกันคนที่ ไม่มีการปรับเบี้ยประกันเพิ่มในปีต่ออายุ (เท่ากับเบี้ยประกันปีแรกที่คุ้มครอง)

คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย

- อายุตั้งแต่ 20 ปี ถึง 60 ปี ต่ออายุได้ถึง 65 ปีบริบูรณ์ และเป็นผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น
- เป็นผู้ที่มีประวัติสุขภาพดี และไม่เคยเป็นโรคมะเร็งมาก่อนการเอาประกันภัย

ข้อยกเว้นความคุ้มครองประกันภัย

- เป็นโรคมะเร็งทุกชนิดก่อนวันเริ่มต้นความคุ้มครอง ไม่ว่าจะหายแล้วหรือไม่ก็ตาม (Pre-existing Conditions)
- การปรากฏหรือทราบอาการของโรคมะเร็งทุกชนิดที่ตรวจพบในระยะเวลา 90 วัน (Waiting Period)
นับตั้งแต่วันที่เริ่มต้นความคุ้มครองครั้งแรก
- โรคมะเร็งที่เกิดจากการติดเชื้อ HIV หรือสัมพันธ์กับโรคเอดส์

1. ผู้ขอเอาประกันภัย

เพศ

วัน/เดือน/ปี

เกิด

ที่อยู่ปัจจุบัน

อาชีพ

โทรศัพท์

บัตรประชาชน เลขที่

ส่วนสูง

ซม.

น้ำหนัก

กก.

2. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์

ความสัมพันธ์กับผู้ขอประกันภัย

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มวันที่

เวลา

น.

ถึงวันที่

เวลา 16.30 น.

4. แผน 1

แผน 2

เบี้ยประกันภัย

บาท

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

• พ่อ แม่ พี่ น้อง ของผู้เอาประกันภัยเคยเป็นหรือเสียชีวิต เนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่

☐ มะเร็งเต้านม

☐ มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก

☐ มะเร็งรังไข่

☐ มะเร็งลำไส้

☐ มะเร็งจอตา

☐ มะเร็งเม็ดเลือดขาว

☐ มะเร็งอื่นๆ ระบุ

☐ ไม่เคย/ไม่เป็น

โปรดระบุบุคคลที่เป็น

• ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ ไม่เคย☐ เคย

โปรดระบุสาเหตุ หรือชื่อโรค

เมื่อ เดือน/ปี

สถานพยาบาล

• ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ในอดีต

☐ ไม่เคยสูบ☐ เคยสูบบุวันละ

มวน เริ่มสูบบุเมื่ออายุ

ปี ถึง

ปี

ปัจจุบัน

☐ ไม่สูบ☐ สูบบุวันละ

มวน

ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้ หรือไม่

☐ โรคไวรัสตับอักเสบ☐ โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV☐ ปอดอักเสบเรื้อรัง☐ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)

☐ ตับแข็ง ตับอักเสบ☐ โรคมะเร็ง☐ ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)

☐ เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท

อวัยวะที่เป็น

☐ ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด☐ ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย

☐ ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี

โรงพยาบาล

☐ ผลการตรวจเนื้อเยื่อ☐ ปกติ☐ ไม่ปกติ☐ แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์

• ท่านมีหรือกำลังขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่ ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด

☐ ไม่มี☐ มี ชื่อบริษัท

จำนวนเงินเอาประกันภัย

บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัยท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้การยืนยันจากบริษัทแล้ว

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะให้สิทธิออกเงินภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันภัยฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัย เป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้หน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

นายหน้าประกันภัย (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

ใบอนุญาตเลขที่

วันหมดอายุของใบอนุญาต

รหัสพนักงาน

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

เจ้าหน้าที่บริการ

รหัสพนักงาน

ชื่อสาขา

รหัสสาขา

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย กระทรวงการคลัง ให้คำเตือนความข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาอันตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก

(เฉพาะการชำระเบี้ยประกันภัยกรณีต่ออายุ)

เขียนที่ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

สาขา _____

วันที่ _____

เรียน ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า _____

เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท _____

ชื่อบัญชี _____

เลขที่บัญชี _____

ชื่อผู้เอาประกันภัย _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ _____

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ _____ บาท

มีความประสงค์ให้ธนาคาร หักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามรายละเอียดใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้น ให้แก่ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัท” ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ที่บริษัทได้จัดส่งให้แก่ธนาคาร และนำเงินจำนวนดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของบริษัท

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทดังกล่าว นั้น หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้น ไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE/TAPE) เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าจะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง โดยทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอสละสิทธิในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคาร ได้หักโอนจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE/TAPE) ที่ธนาคารได้รับจากบริษัทและข้าพเจ้า ยอมรับว่า ธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชี มีเพียงพอในการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่ประการใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวนี้ ได้จากสมุดคู่ฝาก หรือจาก statement ของธนาคารหรือจากใบรับ/ใบเสร็จรับเงินของบริษัท

ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน เลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคต้น ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้ คงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝาก หมายเลขที่เปลี่ยนไปนั้นๆ ได้ด้วยทุกประการ

การให้หักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันทำหนังสือนี้และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอนโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษร แจ้งให้ธนาคาร และบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม

(_____)

โปรดใช้ลายมือชื่อเดียวกันกับลายมือชื่อในสมุดเงินฝาก

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารตรวจสอบความถูกต้อง

ลงชื่อ _____

(_____)

ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจธนาคาร/สาขา (ลายมือชื่อพร้อมประทับตราสาขา)

โทรศัพท์ _____ วันที่ ____ / ____ / ____

ชื่อเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์ _____ รหัสเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์ _____

เจ้าหน้าที่ธนาคารส่งเอกสารฉบับนี้ทางโทรสาร (FAX) ให้แก่ บมจ.อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย ที่หมายเลข 0 2658 5524

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ 0 2657 2539-41

หนังสือยินยอมให้หักบัญชีบัตรเครดิตและต่ออายุการประกันภัยอัตโนมัติ

(กรณีมีความประสงค์ข่าจะเบี้ยประกันภัยของทุกวงที่ครบกำหนดชำระผ่านบัตรเครดิต)

เขียนที่ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

สาขา _____

วันที่ _____

เรียน บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

และ บริษัท/ธนาคาร _____

ผู้ออกบัตรเครดิต

ข้าพเจ้า _____

เจ้าของบัญชีบัตรเครดิตประเภท _____

ชื่อบัญชี _____

ออกโดย บริษัท/ธนาคาร _____

เลขที่บัตรเครดิต (16 หลัก) _____

วันที่บัตรหมดอายุ (เดือน/ปี) _____

ชื่อผู้เอาประกันภัย _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ _____

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ _____ บาท

ตกลงยินยอมให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต สามารถดำเนินการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยที่ข้าพเจ้าได้ทำไว้กับบริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัท” ตามรายละเอียดใบคำขอเอาประกันภัยข้างต้น ทั้งในกรณีการชำระค่าเบี้ยประกันภัยในปีแรก และกรณีการต่ออายุประกันภัย ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ที่บริษัทได้จัดส่งให้แก่ข้าพเจ้า และ/หรือสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตโดยให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตทำการหักเงินจำนวนดังกล่าวจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าตามที่ระบุไว้ข้างต้น โอนเข้าบัญชีของบริษัท โดยข้าพเจ้าตกลงให้ถือว่าบรรดาเอกสารต่างๆที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต และ/หรือ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จัดทำขึ้นอันเกี่ยวกับการยินยอมให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตนั้นมีความถูกต้องทุกประการ

สำหรับการหักบัญชีเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับการต่ออายุการประกันภัยนั้น สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตได้รับใบแจ้งหนี้จากบริษัท ซึ่งโดยปกติจะได้รับล่วงหน้าสามสิบ (30) วันก่อนวันที่ระบุไว้ในใบรับรองการประกันภัยครบกำหนด ทั้งนี้ ในกรณีที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต ไม่สามารถดำเนินการหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยได้ บริษัทจะผ่อนผันให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตสามารถดำเนินการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของผู้อุเอาประกันเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยกรณีล่าช้าได้ภายในระยะเวลาสามสิบ (30) วันหลังจากวันที่ทำการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตครั้งแรก โดยให้ถือว่าความคุ้มครองตามใบรับรองประกันภัยจะยังคงมีอยู่ต่อเนื่องแม้ในระหว่างที่ผู้อุเอาประกันมิได้ชำระเบี้ยประกันเพื่อการต่ออายุนั้นก็ตาม แต่อย่างไรก็ตาม หากสถาบัน ผู้ออกบัตรเครดิต ไม่สามารถดำเนินการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของผู้อุเอาประกันได้ภายในกำหนดระยะเวลาดังกล่าวให้ถือว่าความคุ้มครองตามใบรับรองประกันภัยนั้นครบกำหนดระยะเวลาเอาประกันภัยแล้ว

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่า สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตจะสามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันได้ต่อเนื่องเงินในบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าในขณะนั้นมีจำนวนเพียงพอสำหรับหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ปรากฏในใบรับแจ้งหนี้ของบริษัท โดยสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ในกรณีมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุไว้ข้างต้นข้าพเจ้าตกลงให้หนังสือฉบับนี้ยังคงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีบัตรเครดิตที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นด้วยทุกประการ

ความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันทำหนังสือนี้และให้มีผลบังคับไปจนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้งยกเลิกหนังสือฉบับนี้เป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม

(_____)

โปรดใส่ลายมือชื่อเดียวกันกับลายมือชื่อด้านหลังบัตรเครดิต

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารตรวจสอบความถูกต้อง

ลงชื่อ _____

(_____)

ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจธนาคาร/สาขา (ลายมือชื่อพร้อมประทับตราสาขา)

โทรศัพท์ _____ วันที่ ____ / ____ / ____

ชื่อเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์ _____ รหัสเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์ _____

เจ้าหน้าที่ธนาคารส่งเอกสารฉบับนี้ทางโทรสาร (FAX) ให้แก่ บมจ.อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย ที่หมายเลข 0 2658 5524

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ 0 2657 2539-41

- ข้อมูลในเอกสารนี้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น มิใช่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสัญญาประกันภัย ความคุ้มครองที่ผู้เอาประกันภัยซื้อพร้อมข้อกำหนดเงื่อนไขและผลประโยชน์จะเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยเท่านั้น
- ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) ในฐานะนายหน้าประกันภัยเป็นผู้นำเสนอผลิตภัณฑ์ด้านประกันภัย และรับชำระค่าเบี้ยประกันภัยเท่านั้น โดย บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะเป็นผู้รับผิดชอบในเงื่อนไข ความคุ้มครอง และสิทธิประโยชน์ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย หากมีปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ กรุณาติดต่อโดยตรงที่ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) โทร. 0 2657 2929
- การนำส่งเบี้ยประกันภัยเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การที่นายหน้าประกันภัยเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น
- ลูกค้าควรทำความเข้าใจในเงื่อนไขของความคุ้มครองของแบบประกันภัยก่อนตัดสินใจสมัครทำประกันภัย

Allianz 
AYUDHYA

รับประกันภัยโดย

บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย

โทร. 0 2657 2929 จันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.15 - 16.45 น.

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

1222 ถนนพหลโยธิน แขวงบางโพธิ์

เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

Call 1572 | www.krungsri.com

      Krungsri Simple