



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรมธรรม์ประกันภัยส่วนบุคคลคุ้มครองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19 (VISA 100K USD) Claim Form)

คำแนะนำ: กรมธรรม์ของท่านอาจไม่คุ้มครองทุกผลประโยชน์ภายใต้แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ โปรดตรวจสอบ ผลประโยชน์ เงื่อนไข ความคุ้มครอง และข้อยกเว้นของกรมธรรม์ก่อนกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนี้และกรุณากรอกข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ถูกต้องและครบถ้วน

Important Notes: Please note that your policy may not provide cover under all sections of this Claim Form. Please consider the benefits, terms, conditions and exclusions of your policy prior to completing this Claim Form and provide true and complete relevant information

รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

Details of the Insured

ชื่อ-นามสกุล Name of Insured	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ Policy Number
วันเดือนปีเกิด Date of Birth (dd/mm/yyyy)	เลขที่หนังสือเดินทาง Passport Number
ที่อยู่ Address	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ Mobile Number	อีเมล Email

รายละเอียดบัญชีธนาคาร (สำหรับการโอนเงินผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น)

Bank Account Details (For Electronic Fund Transfer Only)

โปรดแจ้งรายละเอียดบัญชีธนาคารของท่าน เพื่อการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ท่านโดยตรง
Please provide your bank details to us for claim payment by direct transfer to your bank account

ชื่อบัญชี Name of Bank Account	ธนาคาร Bank Name
เลขที่บัญชี Account Number	ประเภทบัญชี Account
	<input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ Saving
	<input type="checkbox"/> กระแสรายวัน Current

รายละเอียดการเกิดเหตุ

Description of Incident

แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 ครั้งแรก Doctors diagnose illness with COVID-19 first time	เมื่อวันที่ (Date)	เวลา Time	น. Hours	โรงพยาบาล Hospital
แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะโคม่าด้วยโรค COVID-19 ครั้งแรก Doctors diagnosed with coma due to COVID-19 first time	เมื่อวันที่ (Date)	เวลา Time	น. Hours	โรงพยาบาล Hospital

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรค COVID-19 หรือโรค/ภาวะแทรกซ้อนด้วยโรค COVID-19 หรือไม่?
Have you ever been diagnosed with COVID-19 or /Complications from COVID-19 disease or not?

- เคย ยังรักษาไม่หาย มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล
 เคย แต่รักษาหายแล้ว มีประวัติที่โรงพยาบาล
 ไม่เคยป่วยด้วยโรคนี้

ประเภทการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

Types of Claims

โปรดเลือกความคุ้มครองที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้กรมธรรม์นี้ (โปรดทำเครื่องหมายในช่องให้เหมาะสม)
Please indicate which benefits you are claiming for under your policy (Tick the appropriate box/boxes)

- การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่าที่มีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
Coma illness from coronavirus infection disease (COVID 19)
- การรักษาพยาบาลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
Medical Expenses from coronavirus infection disease (COVID 19)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้าอยู่แล้วว่าการแถลงข้อมูลอันเป็นเท็จหรือพยายามปิดบังหรือปกปิดข้อมูลจริงเป็นเหตุจูงใจให้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้กรมธรรม์นี้

DECLARATION

I/We declare that the information given is true and correct. I/We understand that any false or fraudulent statements or any attempt to suppress or conceal any material facts shall render the policy void and I/We shall forfeit my/our right to claim under the policy.

หนังสือยินยอม

ผู้เอาประกันภัยตกลงยินยอมและอนุญาตให้สถานพยาบาลทุกชนิด เช่น โรงพยาบาล คลินิก เจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลให้กับ บริษัท ทุนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เมื่อมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย

MEDICAL AUTHORIZATION

The insured person agrees and allow medical facilities including hospital, clinic, personnel of other insurance companies or any organization to disclose an information of the insured person.

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
Signature of Insured

วันที่
Date



เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนสำหรับกรมธรรม์ประกันภัยส่วนบุคคลคุ้มครองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(Claim Documents Required for COVID-19 (VISA 100K USD) Insurance)

รายการที่ระบุต่อไปนี้เป็นเพียงรายการเอกสารประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทั่วไป บริษัทฯ อาจร้องขอข้อมูลหรือหลักฐานเพิ่มเติม
This is a general check-list documents. The Company may reasonably further request you to provide supplementary information or evidence.

ประเภทการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน Types of Claims	เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน Claims Documents Required	โปรดทำเครื่องหมาย Tick here
เอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทุกกรณี Basic Documents Required for All Claims	1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน Claim Form	<input type="checkbox"/>
	2. สำเนาหนังสือเดินทางที่ประทับตราเข้าออก บัตรผ่านขึ้นเครื่องและ/หรือหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย Copy of Passport with Exit and Entry Stamp, Boarding Pass and/or Travel Evidence of Insured Person	<input type="checkbox"/>
	3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย Copy of Identification Card of Insured Person	<input type="checkbox"/>
	4. สำเนาบัญชีออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย Copy of the saving account of Insured Person	<input type="checkbox"/>
การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคมาที่มีสาเหตุมาจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) Coma illness from coronavirus infection disease (COVID 19)	1. ใบรายงานแพทย์ต้นฉบับที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา Original Physician's Report indicating significant symptom, diagnosis and treatment	<input type="checkbox"/>
	2. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น COVID 19 Doctor Report, All Treatment History And test results show as COVID 19	<input type="checkbox"/>
การรักษาพยาบาลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) Medical Expenses from coronavirus infection disease (COVID 19)	2. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน Original Receipt listing the expenses or a summary of the bill and receipt	<input type="checkbox"/>
	หากได้รับค่าสินไหมทดแทน กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ได้จ่ายตามจริงจากบริษัทประกันภัยอื่น หรือสวัสดิการอื่นใดก่อน และยังคงมีส่วนเกิน ส่งสำเนาใบเสร็จค่ารักษาและรายการค่าใช้จ่ายที่มีการลงนามรับรองยอดเงินที่ได้จ่ายไปแล้วบางส่วนโดยหน่วยงานนั้น บริษัทฯ จะรับพิจารณาส่วนเกินดังกล่าว	
	3. ใบรายงานแพทย์ต้นฉบับที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา Original Physician's Report indicating significant symptom, diagnosis and treatment	<input type="checkbox"/>
	4. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น COVID 19 Doctor Report, All Treatment History And test results show as COVID 19	<input type="checkbox"/>
หลักฐานอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น Further Documents may be requested where necessary		

ติดต่อเรา

Contact Us

แผนกสินไหมทั่วไป

บริษัท ทูนประกันภัย จำกัด (มหาชน)
3199 อาคารมาลีนนท์ ทาวเวอร์ ชั้น 14 ถนนพระราม 4
แขวงคลองตัน เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110
โทรศัพท์ 02 078 5625, 5621
โทรสาร 02 078 5601-3
อีเมล tune-covid19.enquiry@tuneprotect.com

Claim Department

Tune Insurance Public Company Limited
3199 Maleenont Tower 14th Floor, Rama IV Road, Klongton,
Klongtoei, Bangkok, 10110 Thailand
Telephone Number 02 078 5625, 5621
Fax Number 02 078 5601-3
Email tune-covid19.enquiry@tuneprotect.com