



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรมธรรม์ประกันภัยโรคร้ายแรงและอุบัติเหตุ ทุนโพเทค  
(Critical Illness and Accident Tune Protect Insurance 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)	เลขบัตรประชาชน ID CARD Number
ที่อยู่ Address	เลขที่หนังสือเดินทาง Passport Number
อีเมล Email	เบอร์โทรศัพท์มือถือ Mobile Number

รายละเอียดบัญชีธนาคาร (สำหรับการโอนเงินผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น)  
Bank Account Details (For Electronic Fund Transfer Only)

โปรดแจ้งรายละเอียดบัญชีธนาคารของท่าน เพื่อการชดเชยค่าสินไหมทดแทนให้แก่ท่านโดยตรง  
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	สาขา Branch			
เลขที่บัญชี Account Number		ประเภทบัญชี Account	<input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ Saving	<input type="checkbox"/> กระแสรายวัน Current

ประเภทการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
Types of Claims

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

การเจ็บป่วยจากโรคร้ายแรง  
Critical Illness

รายละเอียดเหตุการณ์ Description of Incident	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง Cancer	<input type="checkbox"/> โรคระบบหัวใจและระบบสมอง Cardiovascular	<input type="checkbox"/> โรคที่เกิดกับอวัยวะเฉพาะส่วน Major Organ	<input type="checkbox"/> เนื่องจากแผลบาดเจ็บรุนแรง Trauma Package	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน Diabetes Package
--	--	--	--	--	---

ลักษณะการเจ็บป่วย/อาการ  
Nature and Extent of Illness:

โรคมะเร็ง Cancer:	โรคมะเร็ง Cancer:	โรคระบบหัวใจและระบบสมอง Cardiovascular:	Early stage (Artery disease, angioplasty) Late stage (Heart Attack, Stroke)	โรคที่เกิดกับอวัยวะเฉพาะส่วน Major Organ:	เนื่องจากแผลบาดเจ็บรุนแรง Trauma (Burn):
<input type="checkbox"/> Non-invasive <input type="checkbox"/> Invasive				<input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Early <input type="checkbox"/> Severe

โรคเบาหวาน  
Diabetes:  Early (Retinopathy)  Late (Amputation/Coma)

อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด  
Date of Diagnosis from Treating Doctor:

ท่านเคยได้รับการรักษา/วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/อาการ/โรค เดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่อย่างไร  
Have you ever been treated / diagnosed by cause / symptom / disease the same before or not and how?

ถ้าเคยกรุณาระบุ โรงพยาบาล If yes, please specify the hospital	วันที่ Date	รักษาโดย Treated by	<input type="checkbox"/> การใช้ยา medication	<input type="checkbox"/> การผ่าตัด surgery	<input type="checkbox"/> อื่นๆ Other
--	----------------	------------------------	---	---	---

ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์  
Doctor's diagnosis results

ผลประโยชน์การชดเชยรายได้รายวันจากการเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในอันเนื่องมาจากโรคร้ายแรง  
Daily hospital benefit in case of insured members get the treatment in Hospital as inpatient due to Critical Illness

ชื่อโรงพยาบาล Hospital name	วันที่เข้ารับการรักษา Date of admission	วันที่ออกจากโรงพยาบาล Hospital discharge date
อาการเจ็บป่วย Illness		
ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ Doctor's diagnosis results		

ผลประโยชน์ค่าจ้างพยาบาลพิเศษอันเนื่องมาจากโรคร้ายแรง  
Nursing care at home due to Critical Illness

อาการเจ็บป่วย  
Illness

ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์  
Doctor's diagnosis results



<input type="checkbox"/> การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability Arising from General Accident			
รายละเอียดเหตุการณ์ Description of Incident	<input type="checkbox"/> จากอุบัติเหตุทั่วไป arising from general accident	<input type="checkbox"/> การถูกฆาตกรรม หรือลอบทำร้ายร่างกาย arising from Murder and Assault	
<b>รายละเอียดการเกิดเหตุ</b> <b>Details of Accident/Illness</b>			
วันที่เกิดเหตุ Date of Accident (dd/mm/yyyy)	เวลาที่เกิดเหตุ Time of Accident	น. Hours	
สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident			
ท่านได้แจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจในท้องที่ที่เกิดการสูญเสียหรือความเสียหายภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาที่เกิดเหตุการณ์หรือไม่ Did you report it to the local police at the place of loss within 24 hours from time of accident?			
<input type="checkbox"/> มี Yes			<input type="checkbox"/> ไม่มี No
<b>คำรับรอง</b> ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้ารู้และเข้าใจการแถลงข้อความอันเป็นเท็จหรือพยายามปิดบังหรือปกปิดข้อความจริงเป็นเหตุจูงใจให้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้กรมธรรม์นี้ <b>DECLARATION</b> 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.			
<b>หนังสือยินยอม</b> ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงยินยอมและอนุญาตให้สถานพยาบาลทุกชนิด เช่น โรงพยาบาล คลินิก เจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลให้กับ บริษัท ทูนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เมื่อมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัย <b>MEDICAL AUTHORIZATION</b> 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

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 [Benchaphorn.w@tuneprotect.com](mailto:Benchaphorn.w@tuneprotect.com),  
[nataporn.p@tuneprotect.com](mailto:nataporn.p@tuneprotect.com)

**Claim Department**  
Tune Insurance Public Company Limited  
3199 Maleenont Tower 14<sup>th</sup> Floor, Rama IV Road, Klongton,  
Klongtoei, Bangkok, 10110 Thailand  
Telephone Number 02 078 5625, 5621  
Fax Number 02 078 5601-3  
อีเมล [Benchaphorn.w@tuneprotect.com](mailto:Benchaphorn.w@tuneprotect.com),  
[nataporn.p@tuneprotect.com](mailto:nataporn.p@tuneprotect.com)