



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมกรรมธรรมประกันภัยส่วนบุคคลคุ้มครองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) VSafe  
(COVID-19 Claim Form) VSafe

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<br>Name of Insured              | กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่<br>Policy Number |
| วันเดือนปีเกิด<br>Date of Birth (dd/mm/yyyy) | เลขบัตรประชาชน<br>ID CARD Number         |
| ที่อยู่<br>Address                           | เลขที่หนังสือเดินทาง<br>Passport Number  |
| เบอร์โทรศัพท์มือถือ<br>Mobile Number         | อีเมล<br>Email                           |

**รายละเอียดบัญชีธนาคาร (สำหรับการโอนเงินผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น)**  
**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<br>Name of Bank Account | ธนาคาร<br>Bank  |
| เลขที่บัญชี<br>Account Number     | ประเภทบัญชี<br>Account  |
|                                   | <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ Saving<br><input type="checkbox"/> กระแสรายวัน Current |

**ส่วนที่ 2 : รายละเอียดการเจ็บป่วย**  
**SECTION 2: ILLNESS DETAILS**

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

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> เคย ยังรักษาไม่หาย มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล<br>HAVE BEEN, HAVE NOT BEEN CURED, HAVE A HISTORY OF HOSPITALIZATION | <input type="checkbox"/> เคย แต่รักษาหายแล้ว มีประวัติที่โรงพยาบาล<br>I used to, but healed, had a history at the hospital. | <input type="checkbox"/> ไม่เคยป่วยด้วยโรคนี้<br>never got sick with this disease |
|--|---|---|

กรณีแพ้วัคซีน COVID-19  
allergic to COVID-19 vaccine

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1. ชนิดของวัคซีนที่ได้รับ.....<br>Type of vaccine received .....                          | วันที่ฉีดวัคซีน.....<br>Date of vaccination.....  | สถานที่/โรงพยาบาล.....<br>Hospital Location .....                   |
| 2. อาการหลังจากที่ได้รับวัคซีน.....<br>Symptoms after vaccination .....                   | .....   | วันที่แสดงอาการครั้งแรก.....<br>Date of Symptoms first noticed..... |
| 3. ท่านเคยได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยจากการฉีดวัคซีนหลังจากที่มีการแสดงอาการหรือไม่ ..... | เคย..... ไม่เคย.....<br>หากเคยโปรดระบุชื่อโรงพยาบาล.....<br>If so, please specify the hospital..... | .....   |
| วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....<br>Date of hospitalization.....                     | .....   | .....   |
| วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....<br>Date of discharge from hospital.....                        | .....   | .....   |

หากวันที่เข้ารับการรักษาเกิน 14 วันนับจากวันที่ได้รับวัคซีน จะต้องมีการระบุในส่วนของผลการวินิจฉัยของแพทย์ รวมถึงลายเซ็นแพทย์ผู้รักษา เพื่อให้ทำการยืนยันว่ามีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบบที่เกิดขึ้นจากการฉีดวัคซีน  
Please note: If date of hospitalization is more than 14 Days after date of vaccination (outside of trust period), we need additional section in the claim form with doctor diagnosis and doctor signature to confirm that hospitalization is related to vaccine side-effect.



|   |  |
|---|--|
| ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ หรือสาวยตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากอุบัติเหตุทั่วไป ( จำกัดความรับผิดชอบ 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย)<br>Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability Arising from General Accident (Limit of murder liability 50% of the sum assured)   |  |
| เกิดเหตุเมื่อวันที่ .....   | เวลา .....   |
| Date of accident .....  | Time .....   |
| สถานที่เกิดเหตุ .....   | .....  |
| Place of accident .....   | .....  |
| รายละเอียดการเกิดเหตุ.....  | .....  |
| Accident details.....   | .....  |
| <b>ประเภทการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน</b><br><b>Types of Claims</b>   |  |
| โปรดเลือกความคุ้มครองที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้กรมธรรม์นี้ (โปรดทำเครื่องหมายในช่องให้เหมาะสม)<br>Please indicate which benefits you are claiming for under your policy (Tick the appropriate box/boxes)   |  |
| <input type="checkbox"/>  | การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่าที่มีสาเหตุมาจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Coma illness from coronavirus infection disease (COVID 19)   |
| <input type="checkbox"/>  | การรักษายาบาลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Medical Expenses from coronavirus infection disease (COVID 19)   |
| <input type="checkbox"/>  | การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาวยตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุทั่วไป<br>Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability Arising from General Accident  |
| <input type="checkbox"/>  | จ่ายทันทีเมื่อตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Pay immediately found to be infected with the Coronavirus 2019 disease (COVID 19)  |
| <input type="checkbox"/>  | ข้อตกลงคุ้มครองผลประโยชน์เงินชดเชยรายวัน กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในอันเนื่องมาจากผลกระทบจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Daily hospital benefit in case of insured members get the treatment in the hospital as inpatient, due to of the Corona Virus Vaccine 2019 (COVID-19) |
| <input type="checkbox"/>  | ข้อตกลงคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่า (Coma) อันเนื่องมาจากผลกระทบจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Coma illness from the Corona Virus Vaccine 2019 (COVID-19)  |
| <input type="checkbox"/>  | ข้อตกลงคุ้มครองการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน อันเนื่องมาจากผลกระทบจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Agreement for Inpatient Treatment Coverage Due to the Impact of Vaccination for the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)   |
| <b>คำรับรอง</b><br>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้ารับรู้อแล้วว่า การแถลงข้อความอันเป็นเท็จหรือพยายามปิดบังหรือปกปิดข้อความจริงเป็นเหตุจูงใจให้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้กรมธรรม์นี้<br><b>DECLARATION</b><br>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><br>ผู้เอาประกันภัยตกลงยินยอมและอนุญาตให้สถานพยาบาลทุกชนิด เช่น โรงพยาบาล คลินิก เจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลให้กับ บริษัท ทุนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เมื่อมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย<br><b>MEDICAL AUTHORIZATION</b><br>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

หมายเหตุ \*ไม่คุ้มครองภาวะแทรกซ้อนหรืออาการหรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เป็นวัคซีนที่ไม่ได้รับการรับรองจาก อย. (FDA) หรือมาจากผู้นำเข้าหรือการเห็นชอบจากรัฐบาลไทย บางกรณี บริษัทฯ อาจพิจารณาขอเอกสารเพิ่มเติมตามความจำเป็น เช่น สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล ฯลฯ

Note \* It does not cover complications or side effects from the coronavirus vaccine 2019 (COVID-19) that is not certified or obtained through import or approval from the Thai Government, in some cases, the Company may consider requesting additional documents as necessary, such as a copy of medical records, etc.

**ติดต่อเรา**

**Contact Us**

**แผนกสินไหมทั่วไป**  
บริษัท ทุนประกันภัย 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 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  
Email tune-covid19.enquiry@tuneprotect.com



เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนสำหรับกรมธรรม์ประกันภัย COVID 19  
(Claim Documents Required for COVID 19 Insurance)

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

| ประเภทการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน<br>Types of Claims  | เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน<br>Claims Documents Required   | โปรดทำเครื่องหมาย<br>Tick here |
|--|---|--------------------------------|
| เอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทุกกรณี<br>Basic Documents Required for All Claims   | 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน<br>Claim Form   | <input type="checkbox"/>       |
|  | 2. สำเนาหนังสือเดินทางที่ประทับตราเข้าออก บัตรผ่านขึ้นเครื่องและ/หรือหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย<br>Copy of Passport with Exit and Entry Stamp, Boarding Pass and/or Travel Evidence of Insured Person  | <input type="checkbox"/>       |
|  | 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย<br>Copy of Identification Card of Insured Person  | <input type="checkbox"/>       |
|  | 4. สำเนานำตารางความคุ้มครองกรมธรรม์<br>Copy of Policy schedule and certificate of policy  | <input type="checkbox"/>       |
|  | 5. สำเนาบัญชีออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย<br>Copy of the saving account of Insured Person  | <input type="checkbox"/>       |
| การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่าที่มีสาเหตุมาจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Coma illness from coronavirus infection disease (COVID 19)   | 1. ใบรายงานแพทย์ต้นฉบับที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา<br>Original Physician's Report indicating significant symptom, diagnosis and treatment   | <input type="checkbox"/>       |
|  | 2. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น COVID 19<br>Doctor Report, All Treatment History And test results show as COVID 19  | <input type="checkbox"/>       |
| การรักษายาพยาบาลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Medical Expenses from coronavirus infection disease (COVID 19)  | 1. ใบเสร็จรับเงิน <b>ต้นฉบับ</b> ที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้างานกับใบเสร็จรับเงิน<br><b>Original Receipt</b> listing the expenses or a summary of the bill and receipt.<br><br>หากได้รับค่าสินไหมทดแทน กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ได้จ่ายตามจริงจากบริษัทประกันภัยอื่น หรือสวัสดิการอื่นใดก่อน และยังคงมีส่วนเกิน ส่งสำเนาใบเสร็จค่ารักษาและรายการค่าใช้จ่ายที่มีการลงนามรับรองยอดเงินที่ได้จ่ายไปแล้วบางส่วนโดยหน่วยงานนั้น บริษัทฯ จะรับพิจารณาส่วนเกินดังกล่าว | <input type="checkbox"/>       |
|  | 2. ใบรายงานแพทย์ต้นฉบับที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา<br>Original Physician's Report indicating significant symptom, diagnosis, and treatment  | <input type="checkbox"/>       |
|  | 3. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น COVID 19<br>Doctor Report, All Treatment History And test results show as COVID 19  | <input type="checkbox"/>       |
| ข้อตกลงคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่า (Coma) อันเนื่องมาจากผลกระทบจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Agreement for Inpatient Treatment Coverage Due to the Impact of Vaccination for the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)   | 1. ใบรายงานแพทย์ต้นฉบับที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา จากการแพ้วัคซีนโควิด<br>Original Physician's Report indicating significant symptom, diagnosis, and treatment due to allergy vaccine COVID19 benefits   | <input type="checkbox"/>       |
|  | 2. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงการแพ้วัคซีนโควิด<br>Doctor Report, All Treatment History And test results show as allergy vaccine COVID19   | <input type="checkbox"/>       |
| ข้อตกลงคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่า (Coma) อันเนื่องมาจากผลกระทบจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Coma illness from the Corona Virus Vaccine 2019 (COVID-19)  | 1. ใบรายงานแพทย์ต้นฉบับที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา จากการแพ้วัคซีนโควิด<br>Original Physician's Report indicating significant symptom, diagnosis, and treatment due to allergy vaccine COVID19 benefits   | <input type="checkbox"/>       |
|  | 2. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงการแพ้วัคซีนโควิด<br>Doctor Report, All Treatment History And test results show as allergy vaccine COVID19   | <input type="checkbox"/>       |
| ข้อตกลงคุ้มครองผลประโยชน์เงินชดเชยรายวัน กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในอันเนื่องมาจากผลกระทบจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Daily hospital benefit in case of insured members get the treatment in the hospital as inpatient, due to of the Corona Virus Vaccine 2019 (COVID-19) | 1. ใบรายงานแพทย์ต้นฉบับที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา จากการแพ้วัคซีนโควิด<br>Original Physician's Report indicating significant symptom, diagnosis, and treatment due to allergy vaccine COVID19 benefits   | <input type="checkbox"/>       |
|  | 2. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงการแพ้วัคซีนโควิด<br>Doctor Report, All Treatment History And test results show as allergy vaccine COVID19   | <input type="checkbox"/>       |
| การเสียชีวิตการสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องมาจากอุบัติเหตุ<br>Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability Arising from General Accident  | 1. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ สายตา<br>Physician's Report indicating Total Permanent Disability, Dismemberment or Loss of Sight   | <input type="checkbox"/>       |
|  | 2. ใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต)<br>Death Certificate (In case of Death Claim)  | <input type="checkbox"/>       |
|  | 3. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพรับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงานและสำเนาบันทึกระงับประจำวันของตำรวจ (กรณีเสียชีวิต)<br>Copy of Autopsy Report and Copy of Police Report (In case of Death Claim)  | <input type="checkbox"/>       |
|  | 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของผู้เอาประกันภัย (กรณีเสียชีวิต)<br>Copy of Identification Card and House Registration Stamped "Death" of the Insured Person (In case of Death Claim)  | <input type="checkbox"/>       |
|  | 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ (กรณีเสียชีวิต)<br>Copy of Identification Card and House Registration of Beneficiaries (In case of Death Claim)  | <input type="checkbox"/>       |
|  | 6. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)<br>Original medical certificate or copy (Signed certified true copy by hospital)   | <input type="checkbox"/>       |
|  | 7. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น COVID 19<br>Doctor Report, All Treatment History And test results show as COVID 19  | <input type="checkbox"/>       |
| จ่ายทันทีเมื่อตรวจพบติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<br>Pay immediately found to be infected with the Coronavirus 2019 disease (COVID 19)   | 1. ใบรายงานแพทย์ต้นฉบับที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา<br>Original Physician's Report indicating significant symptom, diagnosis and treatment   | <input type="checkbox"/>       |
|  | 2. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น COVID 19<br>Doctor Report, All Treatment History And test results show as COVID 19  | <input type="checkbox"/>       |
| หลักฐานอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น<br>Further Documents may be requested where necessary  |   |                                |