บริษัท ทูนประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Tune Insurance Public Company Limited

3199 อาคารมาลีนนท์ ทาวเวอร์ ชั้น 14 ถนนพระราม 4 แขวงคลองตัน เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110
3199 Maleenont Tower, 14th Floor, Rama IV Road, Khlong Tan, Khlong Toei, Bangkok 10110
Tel.02-078-5656 Customer Service 1183 E-Mail: tunetraveleasy.claim@tuneprotect.com www.tuneprotect.co.th

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (อุบัติเหตุ / สุขภาพ / การเดินทาง)

- โปรดทำเครื่องหมาย (√) และเติมข้อมูลลงในส่วนที่เกี่ยวข้อง
- หากผู้เรียกร้องค่าสินไหม มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุพการี หรือ ผู้ปกครองตามกฎหมายด้วย
- หากการเรียกร้องค่าสินไหม มีมากกว่า 1 กรมธรรม์ โปรดกรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมแยกตามแต่ละกรมธรรม์
- โปรดเติมข้อมูลในช่องว่างของส่วนที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบเอกสารที่ใช้ จากรายการเอกสารในส่วนที่ 7

ส่วนที่ 1 กรมธรรม์ ค่าสินไหมทดแทน และ รายละเอียดเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์	โปรดทำเครื่องหมายถูก (√) หน้าประเภทของผลประโยชน์ที่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน	
เลขที่กรมธรรม์.....	☐ เสียชีวิตโดยอุบัติเหตุ ☐ การสูญเสียอวัยวะและการสูญเสียการมองเห็น ☐ การทุพพลภาพถาวร ☐ ค่าใช้จ่ายพิธีศพ ☐ การลดจำนวนวันเดินทาง / การยกเลิกการเดินทาง / ค่าสัมภาระ ☐ สัมภาระล่าช้า / เสียหาย ☐ การสูญหายของส่วนตัว / เงิน / เอกสาร	☐ การรักษาพยาบาล (IPD or OPD) ☐ การเคลื่อนย้ายฉุกเฉิน / การส่งกลับประเทศภูมิลำเนา ☐ ความรับผิดต่อบุคคลภายนอก ☐ การได้รับเชื้อโควิด / การฉีดวัคซีน ☐ ผลประโยชน์รายวันจากการนอนโรงพยาบาล ☐ โรคร้ายแรง ☐ โรคเบาหวาน

1. ชื่อ-นามสกุล	2. วัน/เดือน/ปีเกิด
3. เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ชาวต่างชาติใช้เลขหนังสือเดินทาง)	4. เบอร์โทรศัพท์
5. อีเมล	6. ที่อยู่อาศัยสำหรับติดต่อ
7.อาชีพ	

ส่วนที่ 2 ผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือ ผู้รับประโยชน์ (โปรดกรอกส่วนนี้ หากแตกต่างจากส่วนที่ 1) – หากมีผู้รับประโยชน์เกินกว่า 1 คน แนบเอกสารแสดงรายละเอียดเพิ่มเติม แยกตามผู้รับประโยชน์แต่ละคน

ชื่อ-นามสกุล	เลขบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง	อีเมล / หมายเลขโทรศัพท์	ที่อยู่อาศัย สำหรับติดต่อ

ส่วนที่ 3 รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประกันอื่น ๆ – โปรดให้รายละเอียดเกี่ยวประกันอื่น ๆ ทั้งหมดที่ยังคงคุ้มครองอยู่ในปัจจุบัน

1. ชื่อบริษัทประกันภัย		2. เลขที่กรมธรรม์	
3. ประเภทของประกันภัย โปรดทำเครื่องหมายถูก (√) หน้าประกันภัยทั้งหมดที่ยังมีความคุ้มครองอยู่	☐ สุขภาพ ☐ การเดินทาง ☐ อุบัติเหตุส่วนบุคคล ☐ ชีวิต ☐ อื่นๆ		

ส่วนที่ 4 รายละเอียดเกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหม

1. การเจ็บป่วย วันที่เริ่มมีอาการ การรักษา	
2. ถ้าเกิดจาก **อุบัติเหตุ**	
วัน และ เวลาที่เกิดเหตุ	
สถานที่เกิดเหตุ	
ลักษณะของอุบัติเหตุ	
ขอบเขตของการบาดเจ็บ	

e. ได้มีการแจ้งความแล้วหรือไม่ *โปรดแนบสำเนาใบแจ้งความตำรวจ	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
f. หากไม่ได้มีการแจ้งความโปรดระบุรายละเอียดของการเกิดอุบัติเหตุ	

4.1 ผู้เอาประกันภัยได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุในอดีตหรือการเจ็บป่วยในอดีตหรือไม่?
ถ้าใช่ **โปรดระบุรายละเอียดทั้งหมด ถ้าจำเป็น สามารถเพิ่มเติมเอกสารได้

วันที่ป่วย /เกิด อุบัติเหตุ	ลักษณะการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย	การวินิจฉัย	วันที่เข้า – ออก รพ.	ชื่อ / ที่อยู่ ของแพทย์

4.2 สำหรับการเคลมการทุพพลภาพถาวร

a. วันที่วินิจฉัยครั้งแรกว่าพิการโดยแพทย์	
b. ลักษณะความพิการ(อธิบาย)	

4.3 สำหรับ การเสียหายของสัมภาระ/ของส่วนตัว / เงิน / เอกสาร โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

รายการสินค้าเสียหาย / สูญหาย	วันที่ซื้อ (เดือน/ปี)	สถานที่ซื้อสินค้า (รวมหลักฐานการซื้อสินค้า)	ค่าซ่อม / เปลี่ยน สินค้าเสียหาย หรือ สูญหาย (บาท)	จำนวนเงินทั้งหมด (บาท)	

ส่วนที่ 5 การรับเงินค่าสินไหมผ่านการโอนเงินทางอิเล็กทรอนิกส์

การโอนเงินทางอิเล็กทรอนิกส์จะโอนไปที่บัญชีธนาคารส่วนบุคคลของผู้รับผลประโยชน์เท่านั้น. ไม่สามารถดำเนินการผ่านบัญชีร่วมได้
(i) หากผู้รับประโยชน์มีมากกว่าหนึ่ง (1) คน, ต้องกรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมแต่ละชุดแยกตามผู้รับประโยชน์แต่ละท่าน

ชื่อผู้ประกันตน & ที่อยู่	**ชื่อเจ้าของบัญชี :** (มีประกันเท่านั้น)		
	ที่อยู่ : (ที่อยู่ในประเทศที่คุณอาศัยอยู่)		
ธนาคารของคุณ รายละเอียด	จำนวนธนาคาร		
	สาขาและที่อยู่ธนาคาร		
	หมายเลขบัญชี :		
	เส้นทางหมายเลข :		
	สกุลเงิน		
	ธนาคาร รหัส :	รหัส SWIFT :	
		รหัส IBAN :	

ส่วนที่ 6 การรับรอง และ หนังสือให้ความยินยอม (ต้องเซ็นโดยผู้เอาประกันภัย ผู้เรียกร้อง หรือผู้รับผลประโยชน์เพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน)

ข้าพเจ้า (ซึ่งต่อไปในหนังสือสัญญาฉบับนี้จะเรียกว่า ผู้เอาประกันภัย ผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือ ผู้รับประโยชน์) ขอยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือ บุคคล ซึ่งมีบันทึกหรือประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าผู้ขอเอาประกันภัย เปิดเผยรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่างๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือการเจ็บป่วยอื่นๆ ของ ข้าพเจ้า แก่ บริษัท หรือตัวแทนที่ได้รับมอบหมายให้ได้ทราบถึงข้อมูลส่วนตัวนี้ของข้าพเจ้า อนึ่งสำเนาของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้สมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ บริษัท ทูนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม นำไปใช้งาน เปิดเผย และ ถ่ายโอนข้อมูลส่วนตัว และ ข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน ที่ข้าพเจ้ายินยอมมอบให้เพื่อจุดประสงค์ในการขอเอาประกันภัยหรือ รับเงินค่าสินไหมตามวิธีทางกฎหมายจากสัญญากรมธรรม์ และ ยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว และ ข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน ให้แก่ตัวแทน/นายหน้าประกัน หรือ ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นบุคคลที่สามได้นำไปดำเนินการต่อตามจุดประสงค์ที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าได้อ่าน รับทราบข้อมูล และทำความเข้าใจ วัตถุประสงค์และจุดประสงค์ของการดำเนินการประมวลผลข้อมูล ตามรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท ซึ่งแสดงที่ https://www.tuneprotect.co.th/th/privacy-policy

หากบริษัทตรวจสอบพบว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนั้นเป็นไปโดยฉ้อฉลหรือไม่เป็นไปอย่างสุจริต ทางบริษัทมีสิทธิ์ที่จะเรียกร้องเงินค่าสินไหมทดแทน ที่ได้จ่ายไปทั้งหมดคืนจากผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ได้ตลอดเวลา ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจว่าข้อความที่เป็นเท็จหรือฉ้อฉลหรือ ความพยายามใดๆ ที่เป็นการปกปิดหรืออำพรางข้อเท็จจริงที่เป็น สาระสำคัญใด ๆ จะนำมาซึ่งสัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ และข้าพเจ้าจะสละซึ่งสิทธิ์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้กรมธรรม์ และทุก ๆ ส่วนของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจะเป็นโมฆะโดย อัตโนมัติ และ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า บริษัทจะดำเนินการทางกฎหมายต่อการกระทำอันไม่สุจริตใด ๆ ของข้าพเจ้าที่เกิดขึ้น หากต้องมีการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางบริษัทสามารถดำเนินการจ่ายเงิน ค่าสินไหมทดแทนตามวิธีที่ระบุไว้ข้างต้นใน ส่วนที่ 5 ของแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ข้าพเจ้าเข้าใจว่า จะไม่มีการดำเนินการโอนเงินสินไหมทดแทน เข้าสู่บัญชีธนาคารในกรณีที่เป็นบัญชีธนาคารในประเทศที่ถูกขึ้นบัญชีมาตรการคว่ำบาตร หรือ ในกรณีที่บัญชีธนาคารของข้าพเจ้า ถูกระงับอันเนื่องมาจากการถูกขึ้นบัญชีคว่ำบาตร หรือ การล้มละลาย

ลงชื่อ.....

( )

วันที่ ...../...../.....

ส่วนที่ 7 เอกสารที่ใช้ในการเคลมประกันสำหรับ อุบัติเหตุ/สุขภาพ/การเดินทาง

**โปรดแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โดยอ้างอิงจากประเภทสินไหมทดแทนกรณีต่างๆ ที่แสดงในตารางด้านล่าง สำหรับกรณีที่จำเป็นต้องใช้เอกสารต้นฉบับ โปรดส่งเอกสารที่ต้องใช้พร้อมกับแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหม ไปที่บริษัท ทูนประกันภัย จำกัด (มหาชน), เลขที่ 3199 อาคารมาลีนนท์ ทาวเวอร์ ชั้น 14, ถนนพระราม 4 แขวงคลองตัน เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10110

ประเภทของค่าสินไหมทดแทน/ รายการเอกสาร	การได้รับเชื้อโควิด / การฉีดวัคซีน	กลุ่มโรคร้ายแรง / โรคเบาหวาน	การเสียชีวิตโดยอุบัติเหตุ	การสูญเสียอวัยวะและการสูญเสียการมองเห็น	ค่าใช้จ่ายพิธีศพ	ค่ารักษาพยาบาล ผลประโยชน์รายวันจากการนอนโรงพยาบาล / การเคลื่อนย้ายและการส่งตัวกลับประเทศ	การทุพพลภาพถาวร	ความล่าช้า / ยกเลิกการเดินทาง / การเลื่อน / การลดระยะเวลาเดินทาง คลาดการเชื่อมต่อไฟลท์ / ทรัพย์สิน สัมภาระ ของใช้ส่วนตัวเสียหาย
แบบฟอร์มการเรียกร้อง ค่าสินไหมทดแทน	√	√	√	√	√	√	√	√
สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง / หนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัทของผู้เรียกร้องค่าสินไหม หรือ ผู้รับประโยชน์	√	√	√	√	√	√	√	√
ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน พร้อมบิลแยกรายการ	√				√	√		√
ใบรับรองแพทย์/ รายงานการรักษา (สำเนา) * การเรียกร้องการพิการต้องแยกแบบฟอร์มความพิการ และ แบบฟอร์มการตรวจร่างกาย	√	√	√	√		√	√	
เอกสารการแจ้งความ (สำเนา)			√	√			√	
รายงานการชันสูตรศพ (สำเนา)			√		√			
ใบมรณบัตร (สำเนาที่ได้การรับรอง)			√		√			
หลักฐานภาพถ่ายก่อนและหลังเกิดเหตุ (สำเนา)				√			√	
สำเนาบัตรประชาชน,สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์และใบรับรองความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยหรือเจ้าของทรัพยสิน (สำเนา)			√	√	√		√	
สมุดบัญชีธนาคาร(สำเนา)	√	√	√	√	√	√	√	√
ผลการวินิจฉัย / ผลการทดสอบ	√	√				√		
การทดสอบหาเชื้อโควิด 19 โดย วิธี RT-PCR test (ต้องเป็นวิธีการทดสอบโดย RT-PCR test เท่านั้น)	√							
เอกสารแสดงแผนการเดินทาง (สำเนา)	√							√
ตั๋วเดินทางที่ซื้อใหม่ในกรณีที่มีการลดจำนวนวันเดินทาง / เกิดความล่าช้า (สำเนา)								√
หลักฐานแสดงว่าสัมภาระได้รับความเสียหายหรือความล่าช้า (สำเนา)								√
ประมาณการค่าใช้จ่ายการซ่อมแซม (สำเนา)								√
ประมาณการค่าใช้จ่ายการเปลี่ยนทดแทน (สำเนา)								√
เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี), โปรดระบุชื่อเอกสาร 1. 2. 3.								