



**แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยการเดินทาง TA Inbound For Foreign (VISA 100K USD)  
(Travel Claim Form TA Inbound for Foreign (VISA 100K USD))**

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

ประเภทประกันภัยการเดินทาง Type of Travel Insurance						
โปรดเลือกประเภทประกันภัยการเดินทางที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (โปรดทำเครื่องหมายในช่องให้เหมาะสม) Please indicate which type of travel insurance you are claiming (Tick the appropriate box/boxes)						
<input type="checkbox"/> การประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ Tune Outbound Travel Insurance	<input type="checkbox"/> การประกันภัยการเดินทางภายในประเทศ Tune Domestic Travel Insurance	<input type="checkbox"/> การประกันภัยการเดินทางเข้าประเทศไทย Tune Inbound Travel Insurance				
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						
เบอร์โทรศัพท์ - บ้าน Telephone Number		เบอร์โทรศัพท์มือถือ Mobile Number				
อีเมล Email						
วันที่ออกเดินทาง Departure Date		เวลา Time	น. Hours	วันที่เดินทางกลับ Return Date		เวลา Time
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 Name of Bank Account						
ธนาคาร Bank Name						
เลขที่บัญชี Account Number		ประเภทบัญชี Account	<input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ Saving	<input type="checkbox"/> กระแสรายวัน Current		
รายละเอียดเหตุการณ์ความเสียหาย Details of Accident						
วันที่เกิดความเสียหาย Date of Accident (dd/mm/yyyy)		เวลาที่เกิดความเสียหาย Time of Accident		น. Hours	ประเทศที่เกิดความเสียหาย Country of Accident	
สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident		Bangkok (Mercure Hotel - in my room)				
ประเภทการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน Types of Claims						
โปรดเลือกความคุ้มครองที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้กรมธรรม์นี้ (โปรดทำเครื่องหมายในช่องให้เหมาะสม) Please indicate which benefits you are claiming for under your policy (Tick the appropriate box/boxes)						
<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			
I slipped in the hotel room shower and as a result, I sprained my left ankle. I was treated at Samitivej Hospital in Bangkok for ankle sprain and also heart palpitations (irregular heart beat).						
<input type="checkbox"/> การรักษาพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย Medical Expenses		<input type="checkbox"/> การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือการเคลื่อนย้ายกลับประเทศภูมิลำเนา Emergency Medical Evacuation & Repatriation		<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับภูมิลำเนา Repatriation of Mortal Remains		
สาเหตุของการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย Causes of Accident / Sickness		<input type="checkbox"/> จากอุบัติเหตุทั่วไป arising from general accident	<input type="checkbox"/> อื่นๆ Other Accident			
Slippery floor of the hotel room shower. I lost my footing due to my dizziness. I was told at the hospital that I had heart palpitations and needed to be treated for an irregular heart beat. I have a history of dizziness from irregular heart beat (tachycardia).						
ลักษณะและอาการของการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย Nature and Extent of Injury / Illness		Sprained left ankle; tachycardia due to existing heart condition - sprained ankle was diagnosed by Xray and I received pain medicine and a brace from the hospital to support the ankle. I also received medication to control my irregular heart beat and was advised by the hospital to consult with heart specialist.				



<input type="checkbox"/> การเลื่อนหรือการยกเลิกการเดินทาง Trip Cancellation Expenses	<input type="checkbox"/> การลดจำนวนวันเดินทาง Trip Curtailment Expenses	<input type="checkbox"/> ความล่าช้าในการเดินทาง Travel Delay	<input type="checkbox"/> การพลาดการต่อเที่ยวบิน Missed Connection of Flight
กำหนดการออกเดินทางเดิม Scheduled Departure Date	เวลา Time	น. Hours	หมายเลขเที่ยวบิน Flight Number
กำหนดการออกเดินทางใหม่ Final Departure Date	เวลา Time	น. Hours	หมายเลขเที่ยวบิน Flight Number
สาเหตุของความล่าช้า/การพลาดการต่อเที่ยวบิน Cause of Delay / Missed Connection			ระยะเวลาที่ล่าช้า Duration of Delay
ชั่วโมง Hours			
<input type="checkbox"/> ความคุ้มครองเอกสารการเดินทาง Loss of Travel Documents	<input type="checkbox"/> การสูญเสียบagsหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว Loss of/damage to baggage or personal effects	<input type="checkbox"/> การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง Baggage Delay	
รายละเอียดเหตุการณ์ Description of Incident			
<input type="checkbox"/> ความรับผิดชอบบัตรเครดิต Loss of Credit Card	<input type="checkbox"/> ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก Public Liability	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล Expense to visit patients at the hospital	
รายละเอียดเหตุการณ์ Description of Incident			
ท่านได้แจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจในท้องที่เกิดการสูญเสียบagsหรือความเสียหายภายใน 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
ท่านได้มีการเรียกร้องค่าเสียหายหรือร้องเรียนผู้ขนส่ง สายการบิน โรงแรมสำหรับการสูญเสียบagsหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัวของท่านหรือไม่ Have you lodged a claim or complaint against any carrier/airline/hotel for the loss or damage to your baggage and personal effect?			<input type="checkbox"/> มี Yes
			<input type="checkbox"/> ไม่มี No
โปรดระบุรายการของกระเป๋าเดินทาง ทรัพย์สินส่วนตัว อุปกรณ์กอล์ฟ ที่สูญหายหรือเสียหาย Please itemize all lost or damage baggage, personal effect, golf equipment			
รายการ / รายละเอียด Item / Description	วันที่ซื้อ Date of Purchase	ราคาซื้อ Purchase Price	ราคาที่เรียกร้อง Amount Claimed
สำหรับการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง For Baggage Delay			
จุดหมายปลายทางที่เกิดเหตุการณ์และวันและเวลาที่ท่านถึง The destination where this occurred and the date and time you arrived			
วันและเวลาที่ท่านได้รับกระเป๋าเดินทาง The date and time you eventually received your baggage			
<b>คำรับรอง</b> ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้ารู้แล้วว่า การแถลงข้อความอันเป็นเท็จหรือพยายามปิดบังหรือปกปิดความจริง เป็นเหตุจูงใจให้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้กรมธรรม์นี้ <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 ทูเนประกันภัย 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



เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนสำหรับกรมธรรม์ประกันภัย TA Inbound For Foreign (VISA 100K USD)  
(Claim Documents Required for TA Inbound for Foreign (VISA 100K USD))

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	<ol style="list-style-type: none"> <li>แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน Claim Form</li> <li>สำเนาหนังสือเดินทางที่ประทับตราเข้าออก บัตรผ่านขึ้นเครื่องและ/หรือหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย Copy of Passport with Exit and Entry Stamp, Boarding Pass and/or Travel Evidence of Insured Person</li> <li>สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย/ สำเนาพาสปอร์ต Copy of Identification Card of Insured Person/ Copy Passport</li> </ol>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
การเสียชีวิตการสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องมาจากอุบัติเหตุ Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability Arising from General Accident	<ol style="list-style-type: none"> <li>ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ สายตา Physician's Report indicating Total Permanent Disability, Dismemberment or Loss of Sight</li> <li>ใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต) Death Certificate (In case of Death Claim)</li> <li>สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพรับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงานและสำเนามันที่กประจำวันของตำรวจ (กรณีเสียชีวิต) Copy of Autopsy Report and Copy of Police Report (In case of Death Claim)</li> <li>สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของผู้เอาประกันภัย (กรณีเสียชีวิต) Copy of Identification Card and House Registration Stamped "Death" of the Insured Person (In case of Death Claim)</li> <li>สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ (กรณีเสียชีวิต) Copy of Identification Card and House Registration of Beneficiaries (In case of Death Claim)</li> </ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
การรักษาพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในประเทศไทย Medical Expenses Incurred in Thailand	<ol style="list-style-type: none"> <li>ใบรายงานแพทย์ต้นฉบับที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา Original Physician's Report indicating significant symptom, diagnosis and treatment <b>Needs to be report signed by doctor</b></li> <li>ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน Original Receipt listing the expenses or a summary of the bill and receipt <b>Needs to be a receipt, not a quotation</b></li> </ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง Trip Cancellation Expenses	<ol style="list-style-type: none"> <li>ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ ในกรณีที่ต่อการเลื่อนหรือบอกเลิกการเดินทาง เนื่องจากการบาดเจ็บสาหัสหรือการเจ็บป่วยรุนแรงของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ สมาชิกของครอบครัว Original Physician's Report in case that the trip cancellation resulting from the critical injury or sickness of the insured person and/or family member of the insured person</li> <li>สำเนาใบมรณบัตร ในกรณีที่ต่อการเลื่อนหรือบอกเลิกการเดินทาง เนื่องจากการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ สมาชิกของครอบครัว Copy of Death Certificate in case of trip cancellation resulting from the death of the insured person and/or family member of the insured person</li> <li>ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับเงินมัดจำค่าเดินทาง ค่าซื้อตั๋วล่วงหน้า หรือค่าที่พัก ค่าอาหาร ที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายไปล่วงหน้า (กรุณาแจ้งเหตุผลหากไม่สามารถขอเงินคืนได้ หรือ หลักฐานการปฏิเสธจากผู้ที่เกี่ยวข้อง) Original Receipt for payment of trip deposit and advanced payment for ticket, accommodation or meal of Insured Person (If nil refund, please state the reason or provide proof of denial from relevant parties)</li> </ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
การลดจำนวนวันเดินทาง Trip Curtailment Expenses	<ol style="list-style-type: none"> <li>ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ ในกรณีที่ต่อการลดจำนวนวันเดินทางเนื่องจากการบาดเจ็บสาหัสหรือการเจ็บป่วยรุนแรงของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ สมาชิกของครอบครัว Original Physician's Report in case that the trip curtailment resulting from the critical injury or sickness of the insured person and/or family member of the insured person</li> <li>สำเนาใบมรณบัตร ในกรณีที่ต่อการลดจำนวนวันเดินทางเนื่องจากการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย และ/หรือ สมาชิกของครอบครัว Copy of Death Certificate in case of the trip curtailment resulting from the death of the insured person and/or family member of the insured person</li> <li>ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของผู้เอาประกันภัยที่ได้จ่ายไปสำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร ค่าปรับ หรือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามมาจากการกลับก่อนกำหนด Original Receipt for payment of additional transportation, accommodation, meal, fines or other subsequent expenses incurred due to returning before scheduled trip</li> <li>ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง และ ค่าที่พักที่จ่ายไปล่วงหน้า (กรุณาแจ้งเหตุผลหากไม่สามารถขอเงินคืนได้ หรือ หลักฐานการปฏิเสธจากผู้ที่เกี่ยวข้อง) Original Receipt for advance payment for transportation and accommodation expenses (If nil refund, please state the reason or provide proof of denial from relevant parties)</li> </ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ความคุ้มครองเอกสารการเดินทาง Loss of Travel Document	<ol style="list-style-type: none"> <li>สำเนาใบบันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ Copy of Local Police Report</li> <li>ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าขอทำเอกสารการเดินทางใหม่ ค่าเดินทางและค่าที่พักต้องจ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อจัดหาเอกสารการเดินทางใหม่ทดแทน Original Receipts for Travel Document Replacement, Additional Transportation and Accommodation for Travel Document Replacement</li> </ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
การสูญเสียหรือความเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว Loss or Damage of Baggage or Personal Effects	<ol style="list-style-type: none"> <li>จดหมายรับรองความสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นจากฝ่ายบริหารโรงแรมหรือฝ่ายบริหารของบริษัทผู้ขนส่ง หรือสายการบิน กรณีความสูญเสียหรือความเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง หรือสายการบินในกรณีที่ความเสียหายนั้นอยู่ภายใต้การดูแลของพนักงานโรงแรมหรือสายการบิน Letter certifying loss or damage incurred from the management of the hotel or common carrier or airline in the case that such loss or damage is under supervision of the hotel staff or common carrier or airline</li> <li>รายการและราคาของทรัพย์สินที่เสียหาย Lists and Prices of the lost or damaged items</li> <li>สำเนาใบบันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ Copy of Local Police Report</li> <li>รูปถ่ายของทรัพย์สินที่เสียหาย Photograph of Damaged Property</li> </ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง Baggage Delay	<ol style="list-style-type: none"> <li>จดหมายแจ้งจากผู้ที่มิอำนาจรับผิดชอบต่อการเดินทางเที่ยววัน ที่ระบุวันที่ล่าช้า เหตุผลที่ล่าช้าและระยะเวลาที่ล่าช้า Letter of Notification from the authorize person to be responsible for the trip specifying the date of delay, reason and duration of the delay</li> <li>หนังสือรับรองจากสายการบินของผู้เอาประกันภัย Certificate from Airline of insured Person</li> </ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



การล่าช้าในการเดินทาง Travel Delay	1. จดหมายแจ้งจากผู้ที่มีอำนาจรับผิดชอบต่อการเดินทางเที่ยววัน ระบุวันที่ล่าช้า เหตุผลที่ล่าช้าและระยะเวลาที่ล่าช้า ที่ออกโดยสายการบินพาณิชย์หรือผู้ขนส่ง Letter of notification from the authorized person to be responsible for the trip specifying the date of delay, reason and duration of the delay issued by airline or common carrier	<input type="checkbox"/>
ความรับผิดชอบบุคคลภายนอก Personal Liability	1. สำเนาใบบันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ Copy of Local Police Report	<input type="checkbox"/>
	2. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับแสดงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามจริง Original Receipt indicating Actual Expenses	<input type="checkbox"/>
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล Expense to visit patients at the hospital	1. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับการจ่ายค่าเดินทาง ค่าที่พักและค่าอาหาร Original Receipt for Payment of Transportation, Accommodation and Food Expenses	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือการเคลื่อนย้ายกลับภูมิลำเนา Emergency Medical Evacuation and Repatriation to Country of Domicile	1. สำหรับบริการให้ความช่วยเหลือ/บริการให้คำแนะนำ โปรดติดต่อ Tune Insurance Call Center เบอร์ติดต่อ+66 (0) 2039 5760 เพื่อขอรับบริการหรือคำแนะนำโดยทันที For any Assistance/Guidance, immediately Contact Tune Insurance Call Center at the numbers +66 (0) 2039 5760 should be done as soon as possible	<input type="checkbox"/>
	2. ในกรณีผู้เอาประกันภัยบาดเจ็บในถิ่นทุรกันดาร ผู้เอาประกันภัยควรติดต่อแพทย์ท้องถิ่นเพื่อทำการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (First Aid) หลังจากนั้นทาง บริษัทช่วยเหลือฉุกเฉินจะเป็นผู้พิจารณาวิธีในการเคลื่อนย้ายและประสานงานกับแพทย์สำหรับการรักษาในขั้นต่อไป In case getting injured in remote area, the insured person should contact local physician for first aid. The assistant company will consider means of evacuation and coordinate with physician for further treatment	<input type="checkbox"/>
ค่าใช้จ่ายในการส่งศพหรืออัฐิกลับภูมิลำเนา Repatriation of Body or Ashes to Country of Domicile	1. ผู้รับประโยชน์หรือญาติหรือผู้เกี่ยวข้องรวบรวมเอกสารที่จำเป็นในการเรียกร้องค่าไหมทดแทนในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตให้ครบถ้วนและส่งบริษัทภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่เสียชีวิต In case of the death of the insured person, the beneficiary, relative or related person shall gather necessary documents for claim and submit them to the Company within 30 days from the date of death	<input type="checkbox"/>
	2. สำหรับบริการให้ความช่วยเหลือ/บริการให้คำแนะนำ โปรดติดต่อ Tune Insurance Call Center เบอร์ติดต่อ+66 (0) 2039 5760 เพื่อขอรับบริการหรือคำแนะนำโดยทันที For any Assistance/Guidance, immediately Contact Tune Insurance Call Center at the numbers +66 (0) 2039 5760 should be done as soon as possible	<input type="checkbox"/>
ความรับผิดชอบบัตรเครดิต Credit Card Indemnity Benefit	1. สำเนาใบบันทึกประจำวันของตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ Copy of Local Police Report	<input type="checkbox"/>
	2. ใบแสดงรายการบัตรเครดิตที่แสดงธุรกรรมที่ไม่ได้รับอนุญาต Credit Card Statement showing the unauthorized transaction	<input type="checkbox"/>
หลักฐานอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น Further Documents may be requested where necessary		

ประเภทการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน Types of Claims	เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน Claims Documents Required	โปรดทำเครื่องหมาย Tick here
เอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทุกกรณี Basic Documents Required for All Claims	4. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน Claim Form	<input type="checkbox"/>
	5. สำเนาหนังสือเดินทางที่ประทับตราเข้าออก บัตรผ่านขึ้นเครื่องและ/หรือหลักฐานการเดินทางของผู้เอาประกันภัย Copy of Passport with Exit and Entry Stamp, Boarding Pass and/or Travel Evidence of Insured Person	<input type="checkbox"/>
	6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย Copy of Identification Card of Insured Person	<input type="checkbox"/>
	7. สำเนาบัญชีออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย Copy of the saving account of Insured Person	<input type="checkbox"/>
การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่าที่มีสาเหตุมาจากโรคไวรัสโคโรนา 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 หรือใบสรุปค่างานกับใบเสร็จรับเงิน <b>Original Receipt</b> listing the expenses or a summary of the bill and receipt	<input type="checkbox"/>
	หากได้รับค่าสินไหมทดแทน กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ได้จ่ายตามจริงจากบริษัท ประกันภัยอื่น หรือสวัสดิการอื่นใดก่อน และยังคงมีส่วนเกิน ส่งสำเนาใบเสร็จค่ารักษา และรายการค่าใช้จ่ายที่มีการลงนามรับรองยอดเงินที่ได้จ่ายไปแล้วบางส่วนโดยหน่วยงานนั้น 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"/>
การเสียชีวิตการสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องมาจากอุบัติเหตุ Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability Arising from General Accident	1. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ สายตา Physician's Report indicating Total Permanent Disability, Dismemberment or Loss of Sight	<input type="checkbox"/>
	2. ใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต) Death Certificate (In case of Death Claim)	<input type="checkbox"/>
	3. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพรับรองโดยรอยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออก รายงานและสำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ (กรณีเสียชีวิต) Copy of Autopsy Report and Copy of Police Report (In case of Death Claim)	<input type="checkbox"/>
	4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของผู้เอาประกันภัย (กรณีเสียชีวิต)	<input type="checkbox"/>



	Copy of Identification Card and House Registration Stamped "Death" of the Insured Person (In case of Death Claim)	
	5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ (กรณีเสียชีวิต) Copy of Identification Card and House Registration of Beneficiaries (In case of Death Claim)	<input type="checkbox"/>
	6. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) Original medical certificate or copy (Signed certified true copy by hospital)	<input type="checkbox"/>
	7. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น COVID 19 Doctor Report, All Treatment History And test results show as COVID 19	<input type="checkbox"/>
จ่ายทันทีเมื่อตรวจพบติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) Pay immediately found to be infected with the Coronavirus 2019 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"/>
หลักฐานอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น Further Documents may be requested where necessary		

## ติดต่อเรา

### 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

## Contact Us

### 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