

Application Form

Full Medical Underwriting

MyHEALTH Individual Medical Plans

Download our Easy Claim mobile app for quicker claims reimbursement!



april-international.com



YOUR APPLICATION, STEP BY STEP.



This is your application form. Complete it, sign it, send it.



An underwriting offer will be provided in **3 working days or less.**



**ONCE OUR OFFER HAS BEEN ACCEPTED,
IN 5 WORKING DAYS, YOU WILL RECEIVE:**

- Your full member's pack (by email)
This includes relevant documentation such as claim forms, instructions, terms and conditions, and benefit schedules.

- You will be able to download your member card containing emergency contact numbers for requesting assistance services or before admission to hospital on our Easy Claim app.

1. YOUR DETAILS

IMPORTANT NOTICE

The answers you give to the questions contained in this Application will form the basis of any insurance policy issued, and will be incorporated into the contract. It is essential that you give accurate, truthful, and complete information for all persons to be insured, as inaccuracies may jeopardise coverage or invalidate a claim.

APPLICANT'S DETAILS

Family Name:

First Name(s):

Date of Birth:

DD / MM / YYYY

Gender:

Male

Female

Height (cm):

Weight (kg):

Occupation:

(Specify nature of duties)

Smoker:

Yes

No

Marital Status:

Nationality:

ID/Passport No.:

Residential Address:

Postal Code:

Country:

Usual Country of Residence:

If you wish to use a different mailing address please advise us

Tel.:

Mobile:

Email:

Important: this email will be used for sending your policy documents and claims-related communication which may include sensitive medical information.

FAMILY MEMBERS TO BE INSURED

	FAMILY MEMBER 1		FAMILY MEMBER 2		FAMILY MEMBER 3		FAMILY MEMBER 4	
Family Name								
First Name(s)								
Date of Birth	DD / MM / YYYY		DD / MM / YYYY		DD / MM / YYYY		DD / MM / YYYY	
Gender	Male <input type="radio"/>	Female <input type="radio"/>	Male <input type="radio"/>	Female <input type="radio"/>	Male <input type="radio"/>	Female <input type="radio"/>	Male <input type="radio"/>	Female <input type="radio"/>
Marital Status								
Relationship to Applicant								
Nationality								
Smoker	Yes <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
ID/Passport No.								
Occupation (Specify nature of duties)								
Height & Weight	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg

Please use separate sheet if necessary. Please advise us if any family members to be insured do not live at the applicant's Residential Address.

2. YOUR COVER

STEP 1					
SELECT YOUR COVER					
The following modules form the base of your policy. Each member has the flexibility to select the cover they want.					
If dependants will have the same cover as the Applicant, please tick here <input type="radio"/> and complete cover options for the Applicant only.					
MODULES	APPLICANT	FAMILY MEMBER 1	FAMILY MEMBER 2	FAMILY MEMBER 3	FAMILY MEMBER 4
Hospital & Surgery	<input type="radio"/> Essential 16M <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 16M <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 16M <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 16M <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 16M <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite
	<input type="radio"/> Free choice of provider <input type="radio"/> Specified Providers only	<input type="radio"/> Free choice of provider <input type="radio"/> Specified Providers only	<input type="radio"/> Free choice of provider <input type="radio"/> Specified Providers only	<input type="radio"/> Free choice of provider <input type="radio"/> Specified Providers only	<input type="radio"/> Free choice of provider <input type="radio"/> Specified Providers only
	• The Specified Inpatient Providers list is available at http://healthbyapril.com/specified-hospitals				
Annual Deductible	<input type="radio"/> Nil <input type="radio"/> THB 16,375 <input type="radio"/> THB 32,750 <input type="radio"/> THB 81,875 <input type="radio"/> THB 163,750 <input type="radio"/> THB 327,500	<input type="radio"/> Nil <input type="radio"/> THB 16,375 <input type="radio"/> THB 32,750 <input type="radio"/> THB 81,875 <input type="radio"/> THB 163,750 <input type="radio"/> THB 327,500	<input type="radio"/> Nil <input type="radio"/> THB 16,375 <input type="radio"/> THB 32,750 <input type="radio"/> THB 81,875 <input type="radio"/> THB 163,750 <input type="radio"/> THB 327,500	<input type="radio"/> Nil <input type="radio"/> THB 16,375 <input type="radio"/> THB 32,750 <input type="radio"/> THB 81,875 <input type="radio"/> THB 163,750 <input type="radio"/> THB 327,500	<input type="radio"/> Nil <input type="radio"/> THB 16,375 <input type="radio"/> THB 32,750 <input type="radio"/> THB 81,875 <input type="radio"/> THB 163,750 <input type="radio"/> THB 327,500
	• Your selected deductible applies to the Hospital and Surgery module only.				
Area of Cover	<input type="radio"/> Europe & ASEAN excluding SG <input type="radio"/> Worldwide excluding USA <input type="radio"/> Worldwide	<input type="radio"/> Europe & ASEAN excluding SG <input type="radio"/> Worldwide excluding USA <input type="radio"/> Worldwide	<input type="radio"/> Europe & ASEAN excluding SG <input type="radio"/> Worldwide excluding USA <input type="radio"/> Worldwide	<input type="radio"/> Europe & ASEAN excluding SG <input type="radio"/> Worldwide excluding USA <input type="radio"/> Worldwide	<input type="radio"/> Europe & ASEAN excluding SG <input type="radio"/> Worldwide excluding USA <input type="radio"/> Worldwide
	• The area of cover chosen will apply to all modules selected. • Services rendered outside of the area of cover are covered up to THB 1,637,500 per period of insurance, only if they are directly caused by sudden illness or injury occurring during the first 30 travel days of any trip outside your area of cover.				

2. YOUR COVER - CONTINUED

STEP 2					
SELECT ANY OPTIONAL MODULES THAT YOU WISH					
The following modules form the base of your policy. Each member has the flexibility to select the cover they want.					
If dependants will have the same cover as the Applicant, please tick here <input type="radio"/> and complete cover options for the Applicant only.					
MODULES	APPLICANT	FAMILY MEMBER 1	FAMILY MEMBER 2	FAMILY MEMBER 3	FAMILY MEMBER 4
Outpatient	<input type="radio"/> Core Full Cover in Panel facilities only	<input type="radio"/> Core Full Cover in Panel facilities only	<input type="radio"/> Core Full Cover in Panel facilities only	<input type="radio"/> Core Full Cover in Panel facilities only	<input type="radio"/> Core Full Cover in Panel facilities only
	Essential with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Essential with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Essential with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Essential with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Essential with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance
	Extensive with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Extensive with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Extensive with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Extensive with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Extensive with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance
	Elite with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Elite with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Elite with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Elite with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	Elite with <input type="radio"/> nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance
<ul style="list-style-type: none"> The 20% coinsurance only applies to your Outpatient module. If you selected Essential, Extensive or Elite Outpatient with 20% coinsurance, the coinsurance will be waived within our Panel Network. 					
Dental and/or Optical Optical included with Elite plan only	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite
Maternity	<input type="radio"/> THB 163,750 <input type="radio"/> THB 327,500 <input type="radio"/> THB 491,250	<input type="radio"/> THB 163,750 <input type="radio"/> THB 327,500 <input type="radio"/> THB 491,250	<input type="radio"/> THB 163,750 <input type="radio"/> THB 327,500 <input type="radio"/> THB 491,250	<input type="radio"/> THB 163,750 <input type="radio"/> THB 327,500 <input type="radio"/> THB 491,250	<input type="radio"/> THB 163,750 <input type="radio"/> THB 327,500 <input type="radio"/> THB 491,250
<ul style="list-style-type: none"> Important: Available to women between 19 to 45 years of age who have selected at minimum an Extensive or Elite Hospital and Surgery on a NIL deductible basis, plus an optional Outpatient module 					

3. UNDERWRITING QUESTIONNAIRE ประกาศที่สำคัญ IMPORTANT NOTICE

โปรดดูคำนิยามสำคัญข้างล่างนี้เพื่อให้จดจำในเวลาที่คุณกรอกแบบสอบถามทางการแพทย์ ในกรณีที่มีข้อสงสัย หรือถ้าคุณไม่แน่ใจ โปรดติดต่อเราที่ contact.th@april.com การรักษาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับคำถามภายในคำขออนี้ต้องการประกาศไว้ด้วยโดยไม่ว่าเหตุการณที่เกิดขึ้นได้เกิดขึ้นในวันที่ใดหรือวันที่รักษาทางการแพทย์เป็นวันที่ใด

Please find below important definitions to have in mind when you complete the Medical Questionnaire.

In case of doubt, or if you are unsure, please do not hesitate to contact us at contact.th@april.com

Medical treatments related to the questions within this application must be declared regardless of date of occurrence or treatment date.

• สภาพที่มีอยู่ก่อน Pre-existing Condition

สภาพที่มีอยู่ก่อน คือโรคใด ๆ ความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บหรืออาการใด ๆ (และโรคแทรกซ้อนนั้น ๆ) ที่มีลักษณะพิเศษอย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่างดังต่อไปนี้:

Pre-existing conditions i.e. any disease, illness or injury or symptoms (and complications thereof) that has one or more of the following characteristics:

- > สามารถคาดการณ์ได้
Was foreseeable
- > เห็นได้อย่างชัดเจน
Clearly showed itself
- > คุณมีสัญญาณหรืออาการหรือคุณทราบเกี่ยวกับสภาพนั้น ๆ
You have had signs or symptoms or you were aware of the condition
- > คุณได้รับการรักษาหรือขอคำแนะนำทางการแพทย์เรื่องสภาพดังกล่าวหรือสภาพที่เกี่ยวข้อง (รวมทั้งการตรวจสุขภาพทางการแพทย์)
You have received treatment for or sought medical advice on the condition or a related condition (including medical check ups)
- > เท่าที่คุณทราบอย่างดีที่สุด คุณทราบว่า คุณมีสภาพเช่นนั้น
To the best of your knowledge you were aware you had
- > คุณต้องมีบันทึกติดตามอาการหรือคำแนะนำทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไป
Requires monitoring according to generally accepted medical advice or opinion

• สภาพเรื้อรัง Chronic Condition

โรค ความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

A disease, illness or injury that has one or more of the following characteristics:

- > จะต้องมีการบันทึกติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องหรือระยะยาวผ่านการปรึกษาหารือ หรือการตรวจสอบ การตรวจร่างกายและ/หรือการทดสอบ หรือ
It needs ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups and/or tests; or
- > จะต้องมีการควบคุมอย่างต่อเนื่อง หรือในระยะยาวหรือบรรเทาอาการต่าง ๆ หรือ
It needs ongoing or long-term control or relief of symptoms; or
- > คุณจะต้องมีการฟื้นฟูหรือฝึกอบรมเป็นพิเศษเพื่อรับมือกับสภาพเรื้อรัง หรือ
You need to be rehabilitated or specially trained to cope with it; or
- > ยังคงมีสภาพนั้นอยู่อย่างไม่จำกัด หรือ
It continues indefinitely; or
- > เท่าที่ทราบยังไม่มีการรักษาสภาพเรื้อรังนั้น หรือ
It has no known cure; or
- > สภาพเรื้อรังนั้นกลับมาอีกหรือมีแนวโน้มว่าจะกลับมาอีก
It comes back or is likely to come back;

• สำหรับผู้สมัครที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป For applicants aged 60 or above

ผู้สมัครทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะต้องนำส่งรายงานการตรวจสุขภาพล่าสุดที่ทำการตรวจไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันสมัคร โดยการตรวจสุขภาพจะต้องมีรายการตรวจดังต่อไปนี้
All applicants aged 60 or above must submit a recent medical checkup report conducted no more than 6 months prior to the application date.

The medical checkup must include the following items:

- | | |
|--|---|
| > ความดันโลหิต
Blood Pressure | > การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ
Urinalysis |
| > การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด
Complete Blood Count | > การตรวจอุจจาระ
Stool Examination |
| > การตรวจระดับไขมันร่างกาย
Lipid Profile | > การเอกซเรย์ทรวงอก
Chest x-ray |
| > การตรวจการทำงานของตับ
Liver Function Test | > การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
ECG/ EKG |
| > การตรวจการทำงานของไต
Renal Function Test | > การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องทั้งหมด (บน-ล่าง)
Ultrasound Whole Abdomen |
| > การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์
Thyroid Function Test | > การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก ค่า PSA (เฉพาะผู้ชาย)
PSA Test (Male Only) |
| > การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
Fasting Blood Glucose | > การตรวจอัลตราซาวด์เต้านมและการตรวจแมมโมแกรม (เฉพาะผู้หญิง)
Breast Ultrasound & Mammogram (Female Only) |
| > การตรวจกรดยูริก
Uric Acid | > การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เฉพาะผู้หญิง)
Pap Smear (Female Only) |

โปรดทราบว่ารายงานการตรวจสุขภาพจะเป็นพื้นฐานของการพิจารณาทำประกันภัย และเราขอสงวนสิทธิ์ในการใช้เงื่อนไขการรับประกันภัยหรือปฏิเสธการสมัคร

Please note that the checkup report will form the basis of underwriting, and we reserve the right to apply underwriting terms or decline the application.

3. UNDERWRITING QUESTIONNAIRE- CONTINUED

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย INSURED'S HEALTH DECLARATION		ไม่มี/ ไม่เคย	มี/ เคย
<p>กรุณาระบุคุณหรือบุคคลใด ๆ ที่จะเป็นผู้เอาประกันภัยหรือเคยมีสัญญาณหรืออาการ ความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติข้างล่างนี้ โดยกาเครื่องหมายในช่องที่เหมาะสม</p> <p>Please indicate if you or any person to be insured <u>have or have ever had</u> any of the signs, symptoms, illnesses or disorders below by ticking the appropriate box.</p>		No	Yes
1	<p>ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยชดเชยรายได้รายวัน กับบริษัทอื่นหรือไม่</p> <p>Do you have health, life, accident or hospital income protection insurance with other Insurer?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<p>ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย เพิ่มเบี้ยประกันภัย เพิ่มเงื่อนไข หรือยกเลิกประกันภัยสุขภาพหรือไม่</p> <p>Have you ever been declined, increased/loaded premium, accepted on special terms or been nullified for health insurance?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<p>ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่</p> <p>Have you ever undergone a surgical procedure or investigative nature or hospitalized or had a major accident in the last 5 years?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<p>ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่</p> <p>Have you ever been advised to have a surgical operation or investigative procedure which had not been performed?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<p>ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งชิ้นเนื้อตรวจทาง พยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือไม่</p> <p>In the past 5 years, have you ever been diagnosed/investigated with Chest X-Ray, CT scan, MRI, Pathology from a Biopsy, Ultrasound, and Electrocardiogram or others?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<p>ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการผิดปกติ หรือโรคต่างๆ ตามรายละเอียดด้านล่างนี้หรือไม่</p> <p>Have you ever had or currently have symptoms/diseases as the following details?</p>		
6.1	<p>ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสสารเอสวี วัณโรค ไอเป็นเลือด จุดที่ปอด มะเร็งปอด และอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Respiratory Tract problems such as Chronic Bronchitis, Pneumonia, COPD, Asthma, Respiratory Syncytial Virus(RSV), Tuberculosis(TB), Hemoptysis, Lung Nodule, Lung Cancer or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2	<p>ความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจโต ภาวะหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Heart Problems such as Palpitations, Arrhythmias, Cardiomegaly, Congestive Heart Failure, Coronary Artery Disease(CAD), Congenital Heart Disease or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3	<p>ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรคเส้นประสาทมีเดียนกดทับที่ข้อมือ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ กระดูกสันหลังคด กระดูกสันหลังทับเส้นประสาท ปวดหลังเรื้อรัง โรคกระดูกพรุน และอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Musculoskeletal problems such as Carpal Tunnel Syndrome, Chronic Arthritis, Gout, Rheumatoid Arthritis, Scoliosis, Spondylosis, Herniated Disc, Severe Back pain, Osteoporosis or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4	<p>ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง โรคแผลในกระเพาะอาหาร อาหารไม่ย่อย ภาวะลำไส้แปรปรวน โรคกรดไหลย้อน เลือดออกในทางเดินอาหาร ลำไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น</p> <p>Gastrointestinal tract problems such as Chronic Gastritis, Gastric Ulcer, Dyspepsia, Irritated Bowel Syndrome, Gastroesophageal Reflux Disease(GERD) Gastrointestinal Hemorrhage, Hernia, Hemorrhoid, Colon Cancer or Others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.5	<p>ต่อมต่างๆโต มีติ่งเนื้อ ก้อนไขมัน ก้อนถุงน้ำหรือซิสต์ ก้อนเนื้ออกธรรมดา ก้อนเนื้อร้ายหรือมะเร็ง และอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Enlarged glands, Polyps, Lipoma, Cysts, Tumor, Cancer or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6	<p>ความผิดปกติเกี่ยวกับ ตา หู คอ จมูก เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ภาวะที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง ไชน์ส็อกเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ เนื้อเยื่อของสายเสียงโรคหยุดหายใจขณะหลับ และอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Any problems about Eyes, Ears, Noses or Throat such as Cataract, Glaucoma, Chronic Otitis Media, Sinusitis, Tonsillitis, Vocal Cord Nodule, Sleep Apnea or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.7	<p>โรคเกี่ยวกับตับ และถุงน้ำดี เช่น โรคถุงน้ำดีอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี ตับอักเสบชนิดเอ หรือ บี ไชมันที่ตับ ตับแข็ง มะเร็งตับ และอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Liver and Gall bladder problems such as Cholecystitis, Gallstones, Hepatitis A or B, Fatty Liver, Cirrhosis, Liver Cancer or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.8	<p>ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ เช่น โรคหนองใน โรคเรื้อรังที่อวัยวะเพศ โรคซิฟิลิส ติดเชื้อ HIV โรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งต่อมลูกหมาก และอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Reproductive system diseases such as Gonorrhea, Genital Herpes, Syphilis, HIV, Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), Prostate Cancer or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.9	<p>ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่วในไต ปัสสาวะลำบาก กรวยไตอักเสบ โรคไตเรื้อรัง กลุ่มอาการโรคไต ปัสสาวะเป็นเลือดและอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Urinary Tract Disorders such as Renal Stone, Dysuria, Pyelonephritis, Chronic Kidney Disease(CKD), Nephrotic Syndrome(NS), Hematuria, or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. UNDERWRITING QUESTIONNAIRE- CONTINUED

ประวัติสุขภาพของผู้ขอประกันภัย INSURED'S HEALTH DECLARATION		ไม่มี/ ไม่เคย	มี/ เคย
<p>กรุณาระบุคุณหรือบุคคลใด ๆ ที่จะเป็นผู้ขอประกันมีหรือเคยมีสัญญาณหรืออาการ ความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติข้างล่างนี้ โดยกาเครื่องหมายในช่องที่เหมาะสม</p> <p>Please indicate if you or any person to be insured <u>have</u> or <u>have ever had</u> any of the signs, symptoms, illnesses or disorders below by ticking the appropriate box.</p>		No	Yes
6 Continued	<p>ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการผิดปกติ หรือโรคต่างๆ ตามรายละเอียดด้านล่างนี้หรือไม่</p> <p>Have you ever had or currently have symptoms/diseases as the following details?</p>		
6.10	<p>ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคทาลัสซีเมีย โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก โรคแพ้ภูมิตัวเองในภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคพุ่มพวงโรคแพ้ภูมิตัวเอง และ อื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Circulatory and Hematology Disorders such as Hypertension, Anemia, Thalassemia, Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), G6PD Deficiency, Non-Hodgkin Lymphoma, Leukemia, Systemic Lupus Erythematosus (SLE) or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.11	<p>ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานต่ำ และอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Endocrine Disorders such as Diabetes Mellitus, Hyperthyroidism, Hypothyroidism or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.12	<p>ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทและสมอง เช่น โรคลมชัก โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงเมจี้ ไมเกรน ปวดศีรษะเรื้อรัง เนื้องอกในสมอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ความจำเสื่อม และอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Brain and Nervous system disorders such as Epilepsy, Cerebral Aneurysm, Myasthenia Gravis (MG), Migraine, Chronic Headache, Brain Tumor, Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer, Autistic or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.13	<p>อาการผิดปกติทางจิตใจ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคนอนไม่หลับ อาการประสาทหลอน ภาวะย้ำคิดย้ำทำ โรคจิตเภท การพยายามฆ่าตัวตาย และอื่นๆ ถ้ามี</p> <p>Mental Disorder such as Bipolar, Anxiety Disorder, Depressive Disorder, Insomnia, Hallucination, Obsessive-Compulsive Disorder (OCP), Schizophrenia, Attempted Suicide or others</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.14	<p>อาการแพ้ต่างๆ / โรคภูมิแพ้</p> <p>Allergies</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.15	<p>มาลาเรีย ไข้เลือดออก โรคเขตร้อนอื่น ๆ</p> <p>Malaria, Dengue Fever, other tropical illness</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.16	<p>การตั้งครรภ์ (รวมโรคแทรกซ้อน) เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือเลือดออกผิดปกติ ปวดประจำเดือน การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ติดเชื้อไวรัส HPV หรือผลตรวจเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ ความผิดปกติทางรีเวชอื่นๆ</p> <p>Pregnancy (including any complication), fibroid, endometriosis, irregular periods or bleeding, menstrual pain, complicated pregnancy, HPV infection, or an abnormal smear test result, any gynecological disorder</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.17	<p>โรคผิวหนังอักเสบ ผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง โรคหูด</p> <p>Eczema, dermatitis, wart disorder of skin</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.18	<p>โรคที่เป็นตั้งแต่กำเนิด ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความพิการตั้งแต่แรกเกิด หรือสภาพที่ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหว</p> <p>Congenital, hereditary conditions, birth defects, deformities, or conditions affecting mobility</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.19	<p>ท่านเคยได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 19 หรือ ไวรัสโคโรนาหรือไม่</p> <p>Any COVID-19 or Coronavirus infection</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.20	<p>ความผิดปกติอื่น ๆ / การบาดเจ็บ</p> <p>Any other disorder / Injury</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<p>นอกจากข้อ 6 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่</p> <p>Apart from item 6, are you currently injured or sick?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<p>ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่</p> <p>Are you currently taking any medication or undergoing any treatment regularly?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<p>ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่?</p> <p>Do you currently smoke?</p> <p>ถ้าใช่ โปรดระบุ ชนิด If yes, please specify</p> <p><input type="radio"/> สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวน ต่อวัน Less than 20/day <input type="radio"/> สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน เป็นเวลา More than 20/day ▶ _____ ปี year</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<p>ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่?</p> <p>Do you drink alcohol?</p> <p>ถ้าใช่ โปรดระบุ ชนิด If yes, please specify</p> <p><input type="radio"/> สุรา Whiskey <input type="radio"/> เบียร์ Beer <input type="radio"/> ไวน์ Wine <input type="radio"/> อื่นๆ Other</p> <p><input type="radio"/> ปริมาณ ครั้งละ Amount per time</p> <p><input type="radio"/> เฉลี่ย Average frequency _____ <input type="radio"/> ครั้ง times / <input type="radio"/> สัปดาห์ week</p> <p><input type="radio"/> อื่นๆ Other</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. UNDERWRITING QUESTIONNAIRE- CONTINUED

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย INSURED'S HEALTH DECLARATION		ไม่มี/ ไม่เคย	มี/ เคย
เฉพาะสตรี FEMALE ONLY		No	Yes
11	<p>ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์เพศหญิง การตั้งครรภ์ หรือโรคแทรกซ้อน หรือไม่ เช่น ก้อนที่เต้านม โรคลงน้ำรังไข่ เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกมดลูก มะเร็งปากมดลูก ปวดประจำเดือน</p> <p>In the past 5 years, have you ever had any Breasts problems, Gynecological problems or Pregnancy-related disease or complications? Such as Breasts mass/cyst/tumor, Ovarian Cyst, Endometriosis, Myoma Uteri, Cervix Cancer, Dysmenorrhea</p> <p>ถ้าใช่ โปรดระบุ If yes, please specify</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<p>ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ ถ้าใช่โปรดระบุอายุครรภ์</p> <p>Are you pregnant? ▶ _____ เดือน Months</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ถ้าท่านตอบคำถาม "ใช่" ในคำถาม (คำถาม 1-12) ข้างต้น โปรดให้รายละเอียดในตารางข้างล่างนี้ ท่านอาจต้องให้แบบสอบถามทางการแพทย์เพิ่มเติมหรือรายงานการแพทย์เพิ่มเติม ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและลักษณะของสภาพที่แถลง

If you answered "Yes" to any of the above (Question 1-12), please provide details in the table below. You may be required to provide a further medical questionnaire or medical reports, depending on the severity and nature of the condition declared.

ผู้ขอเอาประกันภัย Person to be insured			
คำถามข้อที่. Question No.			
โรค/ภาวะทางการแพทย์/อาการแสดง Disease/ Medical Condition/ Sign & Symptom			
วันที่อาการแสดงเกิดขึ้นครั้งแรก Date of first occurrence of sign & symptom	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
ความถี่ของการเกิดอาการ Frequency of sign & symptom			
รายละเอียดการรักษา (ระบุชื่อ, วันที่, ระยะเวลาของการรักษา, การผ่าตัด เป็นต้น) Treatment Details (including name, date, duration of medication, surgery etc.)			
วันที่นัดติดตามอาการ นัดหมายทาง การแพทย์ครั้งล่าสุด/ ได้รับการรักษาครั้ง ล่าสุด Date of last follow-up medical consultation/ treatment	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
มีการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ, มีการ วางแผนหรือได้รับการรักษาเชิงป้องกัน หรือไม่? Any on-going, regular, planned or preventive treatment required?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
มีอาการแสดงต่อเนื่องอยู่หรือไม่? Any on-going sign or symptom?	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

3. UNDERWRITING QUESTIONNAIRE- CONTINUED

โปรดระบุรายละเอียดเกี่ยวกับแพทย์ประจำตัว หรือแพทย์ประจำครอบครัวสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยแต่ละท่าน หากท่านไม่มีแพทย์ประจำตัว โปรดระบุข้อมูลชื่อ ที่อยู่ของผู้ให้บริการทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาลที่ท่านและสมาชิกในครอบครัวได้พบหรือรับการรักษาในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา หากพื้นที่ด้านล่างไม่เพียงพอ ท่านสามารถแนบเอกสารแถลงเพิ่มเติมพร้อมกับใบคำขอนี้ ในกรณีที่ท่านไม่เคยพบแพทย์ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โปรดระบุว่า "ไม่มีหรือไม่เคยพบ" ด้านล่างนี้

Please enter the following details about the usual/family doctor for each person to be insured. If you do not have a usual/family doctor, please provide the names, addresses and contact information of medical providers you and your family members to be insured have seen in the last 3 years. Use a separate sheet if necessary. If you have never seen a doctor in the past 3 years, please indicate that below.

Name			
Address			
Telephone		Fax	
Email			

พื้นที่สำหรับการแถลงเพิ่มเติม ADDITIONAL SPACE FOR FURTHER REMARKS

ถ้าท่านตอบ "มี/เคย" ในคำถามข้อ 1 - 12 กรุณาให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลในช่องว่างด้านล่าง
If you answer "Yes" in any question (item 1 - 12) please give details in the space below.

COMMENCEMENT DATE

We cannot backdate cover to a date earlier than the date you accept our final offer.

On Acceptance Another Date : DD / MM / YYYY

INTERMEDIARY ACCESS

Would you like your insurance intermediary to have access to your policy details and claims transactions through their online account?	Yes <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Do you authorise us to discuss and/or share claims and medical information with your insurance intermediary?	Yes <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Intermediary Name	Intermediary Code	
Company Name	Telephone	
Email		

3. UNDERWRITING QUESTIONNAIRE- CONTINUED

CLAIM REIMBURSEMENT

Please provide your banking details for claim reimbursement.

Bank Name			
Bank Address			
A/C Name		A/C No.	
Currency	<input type="radio"/> THB	<input type="radio"/> USD	<input type="radio"/> EUR <input type="radio"/> GBP
The following information must be provided for bank accounts outside of Thailand:			For all other currencies, please check with APRIL Thailand. For international transfers to a foreign bank, note that your bank may charge you fees for each transaction which will be your responsibility to bear.
Sort Code		BIC (Swift) Code	
Corresponding Bank Details (if applicable)			

การขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมาย TAX DEDUCTION SCHEME

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผย ข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรกำหนด /และหากผู้ขอเอาประกันภัย เป็นชาว ต่างชาติ ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรตระบุเลข ประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
Yes, I agree that LMG Insurance may collect, use and disclose the information to Revenue Department.
For non-Thai citizen, please specify the federal tax identification number (13 digits)

ไม่มี/ไม่เคย No	<input type="radio"/>	มี/เคย Yes	<input type="radio"/>	ที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ Federal tax identification number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------	-----------------------	---------------	-----------------------	--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Please provide more details on a separate sheet if required.

ONLINE ACCESS

Would you like your insurance intermediary to have access to your policy details and claims through their online account?	Yes <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
May we share information about member claims and benefits paid with your insurance intermediary?	Yes <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

4. PAYMENT METHODS

PAYMENT METHODS

Please select the frequency in which you wish to pay your premiums.

	CREDIT CARD (Visa / Mastercard) 2% surcharge	CHEQUE OR BANK DRAFT	BANK TRANSFER
Please select one payment method:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CHEQUE OR BANK DRAFT

- Cheques should be made payable to "LMG Insurance Public Company Limited".
- Please indicate the policyholder's name, policy number and debit note number on the back of the cheque.
- Please send payment to:
APRIL Assistance (Thailand) Co Ltd
518/3 Maneeya Center North
10th Floor Pleonchit Road, Lumpini, Pathumwan
Bangkok 10330, Thailand

BANK TRANSFER

- Transfers should be made in THB. Please send full payment to:
Thai Baht (THB) Account
LMG INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
BANGKOK BANK PUBLIC COMPANY LIMITED /
BANGKAPI BRANCH
Account No: 105 - 322089 - 1 - CURRENT ACCOUNT
Swift Code: BKKBTHBK
1. All bank charges will be borne by the remitter.
 2. Please indicate your Policy Number and Debit Note number as a payment detail to your banker.
 3. Please send the slip of payment with your Policy Number, name and debit note to us for our accounting records and to issue an Official Receipt.

PLEASE SEND COMPLETED FORM TO APRIL ASSISTANCE (THAILAND) CO LTD.

APRIL Assistance (Thailand) Co Ltd.
518/3 Maneeya Center North
10th Floor Pleonchit Road, Lumpini, Pathumwan
Bangkok 10330, Thailand
Tel: +66 2022 9170 | Fax: +66 2 022 9112
Email: contact.th@april.com

5. ACKNOWLEDGEMENT & PERSONAL DATA PROTECTION ACT (PDPA)

บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการขอข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวกับคำเรียกร้องใด ๆ รวมถึงการกรอกในส่วนใด ๆ ของแบบฟอร์มคำเรียกร้อง (ถ้าเหมาะสม) บริษัทฯ อาจขอรับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางการแพทย์ท่านก่อนตัดสินใจเกี่ยวกับคำเรียกร้องของท่าน

The Company reserves the right to ask for additional information in respect of any claim, including the completion of any section of a claim form, if appropriate. The Company may also obtain information about your medical health before making a decision about your claim.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าเบียประกันภัยที่บริษัทฯ ได้เสนอมานั้น ได้เสนอโดยยึดถือว่า

ข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าพำนักอาศัยประจำอยู่ในประเทศไทย หากถือยถงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้

นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด(มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีการบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจาก บริษัทฯ

All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief and I understand that the company, believing them to be such, will rely on them. I further understand that the premiums quoted above, or elsewhere, unless otherwise advised by LMG Insurance, are quoted in respect of me and my family being resident in Thailand. I do hereby appoint LMG Insurance as the Attorney-in-face to request copies or any kind of information regarding my health records or health condition from any physician, healthcare provider, or any organization on my behalf until completion.

A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original. I understand that this insurance will not commence until the company has approved my application.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ ประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I agree that LMG Insurance may collect, use, and disclose my information to the Office of Insurance Commission for the purpose of insurance system governance.

ลายมือชื่อ SIGNATURE	ลายมือชื่อ SIGNATURE
ผู้ขอเอาประกันภัย Insured	ผู้กระทำการแทน* Authorize Person*
วันที่ เดือน ปี Date	วันที่ เดือน ปี Date
DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
*หมายเหตุ: กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตรเท่านั้น, หากผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองลงชื่อด้วย *Remark: Authorize person must be Parent/ Spouse/ Child only, If applicant age under 20 years old, guardian must sign	โปรดระบุความสัมพันธ์ Please specify relationship to Insured person

คำเตือนโดยสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) WARNING BY Office of Insurance Commission

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrepresentation of the truth may result in the insurance company refusing to honor insurance claims, as per clause 865 of the Civil and Commercial Code.

ตัวแทนประกันวินาศภัย
Agent

ยหน้าประกันวินาศภัย
Broker

ใบอนุญาตเลขที่
License number

SUBMIT YOUR APPLICATION

SUBMIT ELECTRONICALLY

SUBMIT



Save this file and send it to
asia.app@april.com

OR

PRINT, SIGN, EMAIL

PRINT



Send the scanned copy to
asia.app@april.com



Mail to
APRIL Assistance (Thailand) Co Ltd.
518/3 Maneeya Center North
10th Floor Pleonchit Road, Lumpini, Pathumwan
Bangkok 10330, Thailand

MH TH 2024/06

Underwritten by:

LMG Insurance Public Company Limited
14th,15th,17th and 19th Floor, Jasmine City Building
2 Soi Sukhumvit 23, Sukhumvit RdKlongtoey Nua, Wattana
Bangkok 10110, Thailand
Tel: +662 661 6000 | Fax: +662 639 3907

Arranged and administered by:

APRIL Assistance (Thailand) Co Ltd.
518/3 Maneeya Center North
10th Floor Pleonchit Road, Lumpini, Pathumwan
Bangkok 10330, Thailand
Tel: +66 2022 9170 | Fax: +66 2 022 9112
Email: contact.th@april.com

