

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				
	<p>The following modules form the base of your policy. Each member has the flexibility to select the cover they want.</p> <p>If dependants will have the same cover as the Applicant, please tick here <input type="radio"/> and complete cover options for the Applicant only.</p>				
MODULES	APPLICANT	FAMILY MEMBER 1	FAMILY MEMBER 2	FAMILY MEMBER 3	FAMILY MEMBER 4
Hospital & Surgery	<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
Deductible	<input type="radio"/> Nil <input type="radio"/> THB 8,200 per visit <input type="radio"/> THB 16,375 per year <input type="radio"/> THB 32,750 per year <input type="radio"/> THB 81,875 per year <input type="radio"/> THB 163,750 per year <input type="radio"/> THB 327,500 per year	<input type="radio"/> Nil <input type="radio"/> THB 8,200 per visit <input type="radio"/> THB 16,375 per year <input type="radio"/> THB 32,750 per year <input type="radio"/> THB 81,875 per year <input type="radio"/> THB 163,750 per year <input type="radio"/> THB 327,500 per year	<input type="radio"/> Nil <input type="radio"/> THB 8,200 per visit <input type="radio"/> THB 16,375 per year <input type="radio"/> THB 32,750 per year <input type="radio"/> THB 81,875 per year <input type="radio"/> THB 163,750 per year <input type="radio"/> THB 327,500 per year	<input type="radio"/> Nil <input type="radio"/> THB 8,200 per visit <input type="radio"/> THB 16,375 per year <input type="radio"/> THB 32,750 per year <input type="radio"/> THB 81,875 per year <input type="radio"/> THB 163,750 per year <input type="radio"/> THB 327,500 per year	<input type="radio"/> Nil <input type="radio"/> THB 8,200 per visit <input type="radio"/> THB 16,375 per year <input type="radio"/> THB 32,750 per year <input type="radio"/> THB 81,875 per year <input type="radio"/> THB 163,750 per year <input type="radio"/> THB 327,500 per year
	<ul style="list-style-type: none"> Under Essential or Extensive, THB 8,200 per visit for children aged 0 to 10 will be selected by default. This deductible level is not available for members aged 11 and above. Your selected deductible applies to the Hospital and Surgery module only. 				
Medical Provider Network	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Premium	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Premium	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Premium	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Premium	<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Premium
	<ul style="list-style-type: none"> Under Essential, your network will be Standard by Default. Your network selection will apply to all modules selected. The Standard & Premium Medical Networks list is available at https://assets.april.fr/april-international/Resources/pdf-resources-standard-and-premium-medical-networks-en.pdf 				
Area of Cover	<input type="radio"/> Europe & ASEAN excluding Singapore <input type="radio"/> Worldwide excluding USA	<input type="radio"/> Europe & ASEAN excluding Singapore <input type="radio"/> Worldwide excluding USA	<input type="radio"/> Europe & ASEAN excluding Singapore <input type="radio"/> Worldwide excluding USA	<input type="radio"/> Europe & ASEAN excluding Singapore <input type="radio"/> Worldwide excluding USA	<input type="radio"/> Europe & ASEAN excluding Singapore <input type="radio"/> Worldwide excluding USA
	<ul style="list-style-type: none"> Under Essential, Europe & Asean excluding Singapore will be selected by default. 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 and for up to 30 days of treatment only if they are directly caused by sudden illness or injury occurring during the first 30 travel days of any trip outside the 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.				
	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 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"> Dental and optical is only available if you selected Hospital and Surgery Extensive or Elite, plus an optional outpatient module. Maternity is available to women between 19 to 45 years of age who have selected Hospital and Surgery Extensive or Elite on a nil deductible basis, plus an optional Outpatient module 				
Additional Coverage	<ul style="list-style-type: none"> 24/7 emergency medical assistance (included) Telehealth services provided by Teladoc Health (included) 				

3. UNDERWRITING QUESTIONNAIRE ประกาศสำคัญ IMPORTANT NOTICE

โปรดอ่านคำถามสำคัญข้างล่างนี้เพื่อให้ง่ายในเวลาที่คุณกรอกแบบสอบถามทางการแพทย์ ในกรณีที่มียข้อสงสัย หรือถ้าคุณไม่แน่ใจ โปรดติดต่อเราที่ asia.app@april.com การรักษาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับคำถามภายในคำขออนุญาตนี้ต้องการประกาศไว้ด้วยโดยไม่คำนึงถึงว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เกิดขึ้นในวันที่ใดหรือวันที่รักษาทางการแพทย์เป็นวันที่ใด

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 asia.app@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 ที่มีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่างดังต่อไปนี้:

Pre-existing conditions i.e. any disability :

- ที่มีก่อนระยะเวลาการประกันภัย และที่แสดงสัญญาณหรืออาการที่ผ่านตรวจร่างกาย หรือควรจะได้ตระหนักถึง หรือ Which existed before the period of insurance and which presented signs or symptoms of which you were aware or should reasonably have been aware of; or
- ที่ท่านแสวงหา หรือได้รับการรักษา ยารักษาโรค คำแนะนำ หรือ การตรวจวินิจฉัย ภายใต้วง (2) ปีก่อนระยะเวลาการประกันภัย หรือ For which you have sought or received treatment, medication, advice or diagnosis in the two (2) years before the period of insurance; or
- ที่ท่านทราบว่ามียก่อนระยะเวลาการประกันภัย และไม่ว่าท่านจะได้แสวงหา หรือได้รับการรักษา ยารักษาโรค คำแนะนำ หรือ การตรวจวินิจฉัยหรือไม่ก็ตาม Which you knew to exist before the period of insurance and whether you sought or received treatment, medication, advice, or diagnosis for it.

• สภาพเรื้อรัง Chronic Condition

โรค ความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

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

- จะต้องมีการบันทึกติดตามทางการแพทย์ที่ต่อเนื่องหรือระยะยาวผ่านการปรึกษาหารือ 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
- ยังคงมีสภาพนี้อยู่อย่างไม่จำกัด 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 โดยการตรวจสุขภาพจะต้องมีการตรวจดังต่อไปนี้

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 ถ้า 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) |

โปรดทราบว่ารายงานการตรวจสุขภาพจะเป็นพื้นฐานของการพิจารณาทำรับประกัน 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

ประวัติสุขภาพของผู้ขอประกันภัย INSURED'S HEALTH DECLARATION		ไม่มี/ ไม่เคย	มี/ เคย
<p>การระบุคุณหรือบุคคลใด ๆ ที่จะเป็นผู้เอาประกันหรือเคยมีสัญญาณหรืออาการ 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
1	<p>ท่านมีประกันสุขภาพ 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 หรือยกเลิกการรับประกันสุขภาพหรือไม่</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>ท่านเคยได้ รับการผ่าตัด 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 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 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 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสอาร์เอสวี 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 กระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง โรคแผลในกระเพาะอาหาร อาหารไม่ย่อย ภาวะลำไส้แปรปรวน โรคกรดไหลย้อน เลือดออกในทางเดินอาหาร ไส้เลื่อน 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 ก้อนเนื้ออกรวมดา 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 จมูก เช่นต้อกระจก ต้อหิน ภาวะที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง ไชน์สอักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ เนื่องจากของสายเสียงโรคหยุดหายใจขณะหลับ 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 เช่นโรคหนองใน โรคเริมที่อวัยวะเพศ 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

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 have or have ever had 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 โรคธาลัสซีเมีย โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก โรคแพ้ภูมิตัวเองในภาวะพ่วงอื่นใหม่ 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 โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงเอนเจี 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 เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ 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>ท่านเคยได้รับเชื้อไวรัสโควิด19 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>ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือจัดยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่</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 <input type="radio"/> สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันเป็นเวลา</p> <p>Less than 20/day 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 <input type="radio"/> ครั้ง times / <input type="radio"/> สัปดาห์ week</p> <p><input type="radio"/> เฉลี่ย Average frequency <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	ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์เพศหญิง การตั้งครรภ์ หรือโรคแทรกซ้อน หรือไม่ เช่น ก้อนที่เต้านม โรค ถุงน้ำรังไข่ เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกมดลูก มะเร็งปากมดลูก ปวดประจำเดือน 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/tumour, Ovarian Cyst, Endometriosis, Myoma Uteri, Cervix Cancer, Dysmenorrhea ถ้าใช่ โปรดระบุ If yes, please specify	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าใช่โปรดระบุอายุครรภ์ Are you pregnant? ถ้าใช่ โปรดระบุ If yes, please specify ▶ _____ เดือน Months	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ถ้าท่านตอบคำถาม "ใช่" ในคำถาม (คำถาม 1-12) ข้างต้น โปรดให้รายละเอียดในตารางข้างล่างนี้ ท่านอาจต้องให้แบบสอบถามทางการแพทย์เพิ่มเติมหรือรายงานการแพทย์เพิ่มเติม ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและ
ลักษณะของสภาพที่แถลง
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 นัดหมายทางการแพทย์ครั้งสุดท้าย/ ได้รับการรักษาครั้งสุดท้ายแล้ว Date of last follow-up medical consultation/ treatment	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
มีการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ, มีการวางแผนหรือ ได้รับการรักษาเชิงป้องกันหรือไม่? 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 หรือแพทย์ประจำครอบครัวสำหรับผู้อยู่อาศัยแต่ละท่าน หากท่านไม่มีแพทย์ประจำตัว โปรดระบุข้อมูลชื่อ ที่อยู่ของผู้ให้บริการทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาลที่ท่านและสมาชิกในครอบครัว ได้พบหรือรับการรักษาในช่วง 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	
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

Your cover will begin on the date you accept our final offer or on a later date of your choice. Note that we are unable to backdate coverage to an earlier date

☐ On Acceptance ☐ Another Date : DD / MM / YYYY

INTERMEDIARY ACCESS

By choosing to give any access to your intermediary, you declare that you have obtained consent from all the members.

I/We would like our insurance intermediary to have access to my/our policy details and claims transactions through their online account at https://members.april-international.com .	Yes <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
I/We authorise APRIL to discuss and/or share claims and medical information with my/our 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)			

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมาย TAX DEDUCTION SCHEME	
มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผย ข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรกำหนด /และหากผู้ขอเอาประกันภัย เป็นชาว ต่างชาติ ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลข ประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่	
Yes, I agree that LMG Insurance may collect, use and disclose the information to Revenue Department for the initial term and the following consecutive terms. For non-Thai citizen, please specify the federal tax identification number (13 digits)	
ไม่มี/ไม่ เคย NO	<input type="radio"/> <input type="radio"/> มี/ เคย Yes
ที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่	Federal tax identification number

Please provide more details on a separate sheet if required.

4.PAYMENT METHODS

PAYMENT METHODS

Please select your preferred payment method.

	CREDIT CARD (Visa / Mastercard) 2% surcharge	CHEQUE OR BANK DRAFT	BANK TRANSFER
Annual payment	<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 email accounting@april.in.th the slip of payment with your Policy Number, name and debit note to us for our accounting records and to issue an Official Receipt.

5. ACKNOWLEDGEMENT & PERSONAL DATA PROTECTION ACT (PDPA)

I give consent to Liberty Mutual Insurance Company and third-parties including related entities, employees, agents, contractors & service-providers (collectively, "Appointees") to collect, use and disclose all personal data relating to myself or other individuals that I have furnished via any means in the past, present & in the future, for one or more of the purposes described in [Liberty Mutual Insurance Privacy Notice](#), including but not limited to considering whether to provide insurance, carrying out due diligence, pricing, administering and servicing policies, communications, renewals, reinsurance, collections, claims, accounting, audit, legal, compliance, research, analysis, information-sharing, surveys, data storage & backups. If there is any personal data relating not to myself but to other individuals that I have furnished via any means in the past, present & in the future, I warrant that I have obtained prior consent from these data subjects (or if they are lacking in legal capacity, from their legal representatives, guardians or parents as the case may be) for Liberty Mutual Insurance Company and its Appointees to collect, use and disclose their personal data for the abovementioned purposes and on the same terms herewith. I warrant that all personal data I have provided are accurate and complete, and I shall inform Liberty of any changes to the personal data to my knowledge as soon as practicable.

☐

Please tick this box if you do not wish to receive any marketing communications from APRIL.

☐

Please tick this box if you do not wish to receive any marketing communications from Liberty Mutual Group or companies with whom it maintains marketing arrangements.

CUSTOMER DECLARATIONS

1.

I/We hereby confirm this declaration is correct and consent to disclose personal data to APRIL and the insurer.

2.

I/We acknowledge that I/we have made my own independent decision in applying for the product selected with the premium information and key product features informed by APRIL or my intermediary. I/we confirm that the relevant insurance product features are suitable for my/our current medical protection needs and the premiums are affordable.

3.

I/We (and my dependants where applicable) have read, understand, and consent to [Liberty Mutual Insurance Privacy Notice](#) and APRIL Privacy Notice, and if my dependents are minors, I am providing such consent as parent or legal guardian of such minors.

4.

I/We (and my dependants where applicable) agree that Liberty Mutual Insurance may disclose my information to the Office of Insurance Commission for the purpose of insurance system governance.

5.

I/We (and my dependants where applicable) have read, understand, and agree to the [Brochure](#), [Policy Terms and Conditions](#), and [Benefit Schedule](#).

6.

I/We (and my dependants where applicable) agree to receive the policy documents and communications via the email provided above.

DECLARATION BY APPLICANT

I declare that the statements contained in this application form are correctly recorded, and that they are full, complete and true. I further declare that I have not withheld any material fact and that except as declared herein. I will notify APRIL immediately if after signing this application and before a policy is issued if I become aware of material facts not disclosed in this form, or if the health of any person to be insured changes such that any answer on this form is not complete, and true. If a policy is issued to me, this proposal and the statements made herein shall form the basis of the policy between me/us and Liberty Mutual Insurance. In the event that the provided information is not true or complete, I understand and further agree that the premium could be changed; the insurance contract could be declared void; or the insurance company is entitled to deny its responsibility for any material misrepresentation of non-disclosure. I understand that no insurance shall be in force until and unless the application has been accepted and the appropriate premium paid

ลายมือชื่อ SIGNATURE

ผู้ขอเอาประกันภัย Insured

วันที่ เดือน ปี Date

ลายมือชื่อ SIGNATURE

ผู้กระทำการแทน* Authorize Person*

วันที่ เดือน ปี Date

*หมายเหตุ: กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตรเท่านั้น, หากผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองลงชื่อด้วย

*Remark: Authorize person must be Parent/ Spouse/ Child only, If the Applicant age is 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

13

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 2025/06

Underwritten by:

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

Arranged by:

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

