

APPLICATION FORM  
CONTINUOUS PERSONAL  
MEDICAL EXCLUSIONS

---

# MyHEALTH INDIVIDUAL MEDICAL PLANS

Download our Easy Claim mobile app  
for quicker claims reimbursement!



 [april-international.com](http://april-international.com)

Please print only if necessary



**LMG  
Insurance.**

A Liberty Mutual Company



Insurance made easy.

## YOUR APPLICATION, STEP BY STEP.



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

### WANT TO SAVE TIME?

The submit button at the end of this form allows you to send a soft copy for us to start the process. We will arrange for the signing of the form at a later stage.



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.

Should you wish to have your member's pack printed and posted to you, please tick here

# 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. You are applying for **Continuous Personal Medical Exclusions (CPME)**, which means that any special terms, exclusions or loadings on your current/expiring health insurance policy will be carried over and applied to your new MyHEALTH policy. We may apply additional loading or exclusions based on the information declared below.

### 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	<u>DD / MM / YYYY</u>	<u>DD / MM / YYYY</u>	<u>DD / MM / YYYY</u>	<u>DD / MM / YYYY</u>
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 3M <input type="radio"/> Essential 16M <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 3M <input type="radio"/> Essential 16M <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 3M <input type="radio"/> Essential 16M <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 3M <input type="radio"/> Essential 16M <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 3M <input type="radio"/> Essential 16M <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite
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
<ul style="list-style-type: none"> <li>Your selected deductible applies to the Hospital and Surgery module only.</li> </ul>					
Area of Cover	<input type="radio"/> ASEAN <input type="radio"/> Worldwide excluding USA <input type="radio"/> Worldwide	<input type="radio"/> ASEAN <input type="radio"/> Worldwide excluding USA <input type="radio"/> Worldwide	<input type="radio"/> ASEAN <input type="radio"/> Worldwide excluding USA <input type="radio"/> Worldwide	<input type="radio"/> ASEAN <input type="radio"/> Worldwide excluding USA <input type="radio"/> Worldwide	<input type="radio"/> ASEAN <input type="radio"/> Worldwide excluding USA <input type="radio"/> Worldwide
<ul style="list-style-type: none"> <li>The area of cover chosen will apply to all modules selected.</li> <li>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 in the USA.</li> </ul>					

STEP 2					
SELECT YOUR OPTIONAL MODULES					
The following modules are optional. Each member has the flexibility to select the cover they want.					
If dependants will have the same cover as the proposer, 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"/> Essential with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance  <input type="radio"/> Extensive with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance  <input type="radio"/> Elite with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	<input type="radio"/> Core Full Cover in Panel facilities only  <input type="radio"/> Essential with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance  <input type="radio"/> Extensive with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance  <input type="radio"/> Elite with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	<input type="radio"/> Core Full Cover in Panel facilities only  <input type="radio"/> Essential with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance  <input type="radio"/> Extensive with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance  <input type="radio"/> Elite with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	<input type="radio"/> Core Full Cover in Panel facilities only  <input type="radio"/> Essential with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance  <input type="radio"/> Extensive with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance  <input type="radio"/> Elite with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance	<input type="radio"/> Core Full Cover in Panel facilities only  <input type="radio"/> Essential with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance  <input type="radio"/> Extensive with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance  <input type="radio"/> Elite with nil coinsurance <input type="radio"/> 20% coinsurance
<ul style="list-style-type: none"> <li>The 20% coinsurance only applies to your Outpatient module.</li> <li>If you selected Essential, Extensive or Elite Outpatient with 20% coinsurance, the coinsurance will be waived within our Panel Network.</li> </ul>					
Dental and/or Optical <small>Optical included with Elite plan only</small>	<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"> <li><b>Important:</b> 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.</li> </ul>					

## 3. UNDERWRITING QUESTIONNAIRE

### ประกาศที่สำคัญ IMPORTANT NOTICE

โปรดดูคำนิยามสำคัญข้างล่างนี้เพื่อให้จดจำในเวลาที่คุณกรอกแบบสอบถามทางการแพทย์ ในกรณีที่มีข้อสงสัย หรือถ้าคุณไม่แน่ใจ โปรดติดต่อเราที่ [contact.th@april.com](mailto:contact.th@april.com) การรักษาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับคำถามภายในคำขออนี้ต้องมีการประกาศไว้ด้วยโดยไม่คำนึงถึงว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เกิดขึ้นในวันที่ใดหรือวันที่รักษาทางการแพทย์เป็นวันที่ใด

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](mailto: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你有สภาพเช่นนั้น  
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:

- ▶ 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
- ▶ ยังคงมีสภาพนั้นอยู่อย่างไม่จำกัด หรือ  
It continues indefinitely; or
- ▶ เท่าที่ทราบยังไม่มีการรักษาสภาพเรื้อรังนั้น หรือ  
It has no known cure; or
- ▶ สภาพเรื้อรังนั้นกลับมาอีกหรือมีแนวโน้มว่าจะกลับมาอีก  
It comes back or is likely to come back;

### 3. UNDERWRITING QUESTIONNAIRE - CONTINUED

#### INSURANCE AND MEDICAL DETAILS

If the answer is Yes to any of the following questions, please provide full details.

**Do you or any person to be insured currently have health insurance with another company?**

If Yes, please provide details and attach all existing insurance certificates, schedules and endorsement relating to all persons to be insured. CPME is only available to persons currently covered by an equivalent international medical insurance policy.

Yes  No

**Do you and any person to be insured have or have ever had any signs, symptoms, treatments, consultations, investigations, diagnostic tests for cancer?**

Yes  No

**Have you or any person to be insured been suffering from chronic conditions such as but not limited to polyps, cysts, asthma, heart conditions, cerebral infarction/stroke, brain multiple sclerosis, renal failure, liver cirrhosis, autoimmune disease, joint replacement, severe mental illness/Alzheimer's, Parkinson, Epilepsy, Down syndrome? Or ever made a claim against your insurance in relation to chronic conditions?**

Yes  No

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

- a. it needs ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups and/or tests; or
- b. it needs ongoing or long-term control or relief of symptoms; or
- c. you need to be rehabilitated or specially trained to cope with it; or
- d. it continues indefinitely; or
- e. it has no known cure; or
- f. it comes back or is likely to come back.

**Do you or any person to be insured have any recent (12 months) hospitalisations or plan of surgery or treatment/consultation for cancer and/or chronic conditions?**

Yes  No

**Is anyone to be covered on this plan currently pregnant?**

Yes  No

**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

### 3. UNDERWRITING QUESTIONNAIRE - CONTINUED

#### ADDITIONAL SPACE FOR FURTHER REMARKS

You may use this space for any further comments about any medical conditions you have or have suffered from. Please remember to enclose any supporting documents with your application.

#### COMMENCEMENT DATE

Date : DD / MM / YYYY

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

#### INTERMEDIARY ACCESS

Would you like your insurance intermediary to have access to your policy details and claims transactions through their online account at april.hk/portal?		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			

## 4. PAYMENT METHODS

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

<b>POLICYHOLDER NAME</b>				<b>POLICY NUMBER</b>	
<b>PAYMENT METHODS</b>					
	<b>CREDIT CARD</b> (Visa / Mastercard)	<b>CHEQUE OR BANK DRAFT</b>	<b>BANK TRANSFER</b>		
<b>Please select one payment method:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

<input type="radio"/> <b>CREDIT CARD (2% SURCHARGE)</b>			
<input type="radio"/> MasterCard <input type="radio"/> VISA			
<b>Name of Cardholder</b>			
<b>Credit Card No.</b>		<b>Expiry Date</b>	MM / YY
<b>Issuing Bank</b>			
<p><b>I/we, the undersigned, authorise LMG Insurance Public Company Limited to charge my credit card for premiums due, unless I advise otherwise in writing.</b></p> <p><b>Note:</b> 1.The actual processed deduction by the credit card centre will be considered as valid payment. 2. All other charges related to credit card payment will be born by the cardholder</p>		<b>SIGNATURE</b>	
		Date :	
<p><b>Automatic Credit Card Billing Authorisation for Future Renewals</b> To use this option, your credit card must be valid for at least 15 months.</p>			
<p>I agree and accept LMG Insurance Public Company Limited to collect insurance premiums via my credit card for policy as below details. LMG Insurance Public Company Limited will inform us in advance of any premium adjustments to my policy.</p> <p><b>Note for existing policyholders:</b> If your prior authorisation to LMG Insurance Public Company Limited to charge your credit card for renewals and the credit card details are still valid, you do not need to complete this form. We will rely on your credit card details on file.</p>			<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
<p><b>Please send the completed credit card authorisation to:</b>  <b>APRIL Assistance (Thailand) Co Ltd</b>            518/3 Maneeya Center North            10th Floor Pleonchit Road, Lumpini, Pathumwan            Bangkok 10330, Thailand            Email: contact.th@april.com</p>			



## 4. PAYMENT METHODS - CONTINUED

### 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](mailto:contact.th@april.com)

## 5. ACKNOWLEDGEMENT & PERSONAL DATA PROTECTION ACT (PDPA)

บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการขอข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวกับคำเรียกร้องใด ๆ รวมถึงการกรอกในส่วนใดๆ 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 ข้าพเจ้าเข้าใจว่าเบี้ยประกันภัยที่บริษัทฯ ได้เสนอมานั้น ได้เสนอโดยยึดถือว่า  
ข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าพำนักอาศัยประจำอยู่ในประเทศไทย หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้  
นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด(มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล  
และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีกำนันตึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า  
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัทฯ

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 DD / MM / YYYY	วันที่ เดือน ปี Date 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 (คป.ก.) 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

นายหน้าประกันวินาศภัย  
Broker

ใบอนุญาตเลขที่  
License number

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](mailto:contact.th@april.com)



# SUBMIT YOUR APPLICATION

## SUBMIT ELECTRONICALLY

**SUBMIT**



Click **SUBMIT**  
if you want your default email  
program to send this document to us.

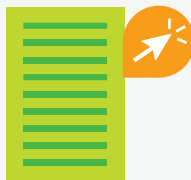


Alternatively,  
save this file and send it to  
**[asia.app@april.com](mailto:asia.app@april.com)**

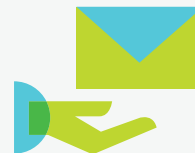
**OR**

## PRINT, SIGN, EMAIL

**PRINT**



Send the scanned copy to  
**[asia.app@april.com](mailto: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