



Liberty
Mutual.

INSURANCE

Health Long Stay VISA O-A

Individual Health Insurance – Universal for Long Stay VISA O-A with Deductible

In accordance with the Cabinet Resolution, dated 2 April B.E. 2562 (2019), starting from 31st October 2019, foreigners who wish to apply for Non-Immigrant Visa “O-A” (1 Year Visa) are required to submit the proof of health insurance that covers the whole duration of stay in Thailand. Individual Health Insurance for a Long Stay Visa provided by the LMG Insurance (Public) Company Limited.



The health insurance policy provided coverage start with THB 400,000 per policy per year for Inpatient and THB 40,000 per policy per year for Outpatient.



You will receive an insurance certificate as the key evidence for Visa application after you complete the purchase of your health insurance



Your data will be automatically upload to the TGIA's portal database and immigration authorities to allow them to validate the policy is in force.



Customary and reasonable medical charges will be eligibility after full deductible limit on your selected plan



Entry age up to 75 years old and Renewability to age 100 years.



Deductible starts from 100,000 THB*

* DEDUCTIBLE refers to the first fixed amount of eligible medical expenses per visit or per disability for which the covered person is responsible for paying as stated in the policy schedule.



U-LongStayVISA2020-Feb2020-PD.03.02.2020

The English language used in this table of benefit is merely a translation of Thai Version.

Universal Series – LONG STAY VISA O-A 2020

With Deductible (Cover in Thailand only)

Table of Benefits

Individual Health Universal Series – LONG STAY VISA O-A 2020 (with Deductible)

| Insuring Agreement | Sum insured (Thai Baht) | | |
|---|--|---------|---------|
| | Plan 1 | Plan 2 | Plan 3 |
| Maximum limit per year | 440,000 | 550,000 | 660,000 |
| Required Deductible THB per disability | 100,000 (or) 200,000 | | |
| Area of coverage | Thailand only | | |
| Inpatient Benefit (Maximum limit) | 400,000 | 500,000 | 600,000 |
| 1. IPD - Room & Board including nursing care (Maximum 365 days) | | | |
| 1.1 Standard Room - Non intensive care room (Maximum 365 days) | 4,000 | 5,000 | 6,000 |
| 1.2 Intensive care unit (ICU/CCU) (Maximum 30 days) <i>(Maximum benefits for Standard room, ICU/CCU would not exceeding 365 days per any injury or illness)</i> | Customary and reasonable medical charges | | |
| 2. Hospital general expenses per disability | | | |
| 2.1 Costs of drugs and intravenous feeding 2.2 Costs of blood transfusion | Customary and reasonable medical charges | | |
| 2.3 Cost of ambulance for medical emergency (IPD only) | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| 2.4 Cost of laboratory test / Cost of medical equipment / Physical therapy as inpatient / Cost of operating room and operating equipment / Anesthesiologist and nurse anesthetist / Specialist's consultation fee when no surgery is performed / Take home drugs prescribed by physician on discharge 2.5 Cost of outpatient emergency treatment due to injury within 24 hours of the injury or accident occurring including 15 days follow up 2.6 Follow up treatment within 30 days on discharge 2.7 Day Cases Surgery** | Customary and reasonable medical charges | | |
| 3. Surgeon's operation fee per disability (Including Surgical consultation) | Customary and reasonable medical charges | | |
| 4. In-patient Physician's fees for doctor visits (Max 1 visit per day) | Customary and reasonable medical charges | | |
| Outpatient Benefit (Maximum limit) (Max. 1 visit per day, limit 30 visits per year) | 40,000 | 50,000 | 60,000 |
| Lump Sum payment in the event of death or dismemberment including murder, assault, driving and being passenger on motorcycle | 100,000 | 100,000 | 100,000 |

| Net premium including stamp duty 0.4% (per person per year) | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|--|-----------|-----------|-----------|
| (Deductible THB 100,000 per disability) | | | | Deductible THB 200,000 per disability) | | | |
| | Plan 1 | Plan 2 | Plan 3 | | Plan 1 | Plan 2 | Plan 3 |
| 41 - 50 years old | 7,900.00 | 9,900.00 | 11,900.00 | 41 - 50 years old | 3,900.00 | 5,000.00 | 5,900.00 |
| 51 - 60 years old | 11,900.00 | 16,500.00 | 19,300.00 | 51 - 60 years old | 6,000.00 | 8,400.00 | 9,700.00 |
| 61 - 70 years old | 15,200.00 | 20,800.00 | 26,400.00 | 61 - 70 years old | 7,700.00 | 10,400.00 | 13,200.00 |
| 71 - 75 years old | 22,700.00 | 31,200.00 | 39,600.00 | 71 - 75 years old | 11,400.00 | 15,700.00 | 19,800.00 |
| 76 - 100 years old* | 33,800.00 | 46,800.00 | 59,500.00 | 76 - 100 years old* | 16,900.00 | 23,400.00 | 29,700.00 |

Remarks : -

- Standard premium for each age band for the first policy year only.
- Eligible to apply for the first year coverage from 41 years up to 75 years of age, renewable up to 100 years.
- This medical plan require DEDUCTIBLE, the insured person is responsible to the first fixed amount of eligible medical expenses per visit or per disability for which the covered person is responsible for paying as stated in the policy schedule.
- This policy does not cover injury / illness / chronic disease which occur before effective date of policy and still not recover on the first effective date and unnecessary medical treatment.
- Applicant must send the filled out and signed health application form together with a copy of passport for the company's consideration, and annual premium must be paid before coverage can commence and issuing the policy.
- The company reserves the right to reject any application or accept with exclusions, according to underwriting standard of the company.
- Renewal year premium will be adjusted according to increasing age of each insured person. Each insured person may be charged higher, up to 100 percent of standard premium, according to claims experiences (Loss Ratio) of the previous policy year or not to renew each insured person in the renewal year with 30 days prior notices.
- Health care card is provided for the insured to service with network hospital.
- The benefit and coverage are subject to term & condition of policy.
- Customers can holding only one effective LMG Health Insurance Policy.
- This medical plan will not cover medical expenses provided for bone marrow transplant, organ transplant, and kidney dialysis.
- Information in this brochure is only preliminary information provided for the applicant to consider for applying for health insurance.
- This document is not part of any insurance policy. Please refer to the general terms, conditions and exclusions in the health insurance policy. / Policyholders should understand the general terms and conditions, as well as the exclusions before purchasing

Waiting Period and pre-existing conditions:-

1. The Company will not pay the benefits for any sickness during the first 30 days, from the first policy commencement date.
2. The Company will not pay any benefits during the first 120 days, from the first policy commencement date for the following diseases: Benign or malignant tumor or cancer or cystic mass, Hemorrhoids, Hernias, Pterygium, pinguecula, cataract, Tonsillectomy or adenoidectomy, Stones, Varicose Veins, Endometriosis.
3. Coverage for injury from accident and shall be start covered immediately from the policy effective date.
4. Pre-existing condition(s),
 - a. Chronic disease(s) or /and HIV, AIDS are not covered under this policy, unless pre-existing/chronic condition has been explicitly accepted in writing at time of application.
 - b. No benefits provided for any illness or injury for which a Covered Person received any diagnosis, medical advice or treatment, or had taken any prescribed drug, or where distinct symptoms were evident prior to the effective date.

*Other terms, conditions and exclusions subject to original Personal Health Insurance (Universal) policy.

Some Examples of Personal Health Insurance (File and use) Exclusion:

1. This insurance does not cover the cost of treatment or losses arising from injury or illness (complications thereof) symptoms or conditions arising from the following:
2. Pre-existing conditions, Congenital abnormalities, growth development abnormalities, and genetic disorders.
3. Any cosmetic surgery or beautification treatment including treatment of acne, freckles, dandruff, weight reduction and weight gain, hair loss. Reconstructive surgery is also excluded unless injury is sustained as a result of an accident.
4. Services in connection with infertility, pregnancy, childbirth, abortion or miscarriage, or any causes related to pregnancy, sterilization or investigation of sterilization
5. AIDS, related or sexually transmitted diseases (STD)
6. Treatment to relieve symptoms commonly associated with aging, menopause or precocious puberty, sexual dysfunction or sex change.
7. Health check ups, convalescent care including rest cures and rehabilitation. Any treatment, drugs or medical supplies which are not related to the diagnosis; and. diagnosis which is not related to the injury or illness or not according to the medical necessity and normal standard.
8. Eye examination and eyesight corrective surgery including lasik and other expenses associated with eyesight correction.
9. Treatment or surgery relating to dental or gum e.g. denture, crowns and bridges, root treatment, filling, orthodontic, scaling, extraction, except the necessary dental treatment after an accident. However, the coverage does not include the costs for crowns and bridges, root treatment, orthodontic services.
10. Medical treatment related to alcoholism, cigarette addiction, drug or other addicted substance.

Universal Series – LONG STAY VISA O-A 2020

U-LongStayVISA2020-Feb2020-PD.03.02.2020

The English language used in this table of benefit is merely a translation of Thai Version.

With Deductible (Cover in Thailand only)

11. Medical treatment related to the nervous disorders, mental disorder, anxiety, psychiatric problems, personality disorder, autism, stress, eating disorder.
12. Medical treatment which is in a trial stage or experiment, associated with disease or symptoms of sleep apnea, sleeping disorder, treatment to stop snoring.
13. Any inoculations or vaccinations, except rabies vaccine needed after an animal attack or tetanus shots needed after an accident or injury.
14. Treatment which is not considered a modern medicine, including alternative medicine.
15. Any medical treatment given by a medical practitioner who is the parent, spouse or child of the covered person. The covered person who is a registered medical practitioner may not be reimbursed for any self-administered treatment.
16. Suicide or suicide attempt, self-inflicted injury or attempt of self-inflicted injury whether being his/her own action or allow others to perform while insane or not. This also includes the accident to the covered person due to consuming, drinking, or injection of toxic substance into the body or drug overdose
17. Any loss or injury arising from the action of the covered person whilst under the influence of alcohol, control one's mind, addictive drugs, narcotic drugs to the extent of being unable to The term "under the influence of alcohol" in case of having a blood test refers to a blood/alcohol level of 150% mg and over.
18. Injury while the covered person is taking part in a brawl or taking part in inciting a brawl.
19. Injury while the covered person is committing a felony or while the covered person is being arrested, under arrest or escaping the arrest
20. Injury while the covered person is taking part in dangerous sports or activities including racing of all kinds including car, boat and horse racing, racing of water and snow ski-ing, including jet-ski, skating, boxing, parachuting jumping (except for the purpose of life saving), boarding or traveling in a hot air balloon, gliding, bungee jumping, diving with oxygen tank and breathing equipment under water.
21. Injury while the covered person is boarding or traveling in an aircraft which has no license for carrying passengers or does not operate as a commercial aircraft.
22. Injury while the covered person is piloting or working on board as an employee of an airline.
23. Injury while the covered person serves as a soldier, police, or a volunteer and participates in war or crime suppression.
24. War (whether declared or not), invasion, acts of foreign enemies, civil war, revolution, insurrection, civil commotion, popular rising against the government, riot, strike.
25. Terrorism
26. Ionising radiations or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or from any nuclear waste from the combustion of nuclear fuel.

Universal Series – LONG STAY VISA O-A 2020

U-LongStayVISA2020-Feb2020-PD.03.02.2020

The English language used in this table of benefit is merely a translation of Thai Version.

With Deductible (Cover in Thailand only)

- 27. The radioactive toxic explosive or other hazardous property of any explosive nuclear assembly or
- 28. This insurance will not pay the benefits for any sickness during the first 30 days from the first policy commencement date.
- 29. Any benefits during the first 120 days from the first policy commencement date for the following diseases: including Tumors, Benign or malignant tumor or cancer or cystic mass, Hemorrhoids, Hernias, Pterygium, pinguecula, cataract, Tonsillectomy or adenoidectomy, Stones, Varicose Veins and Endometriosis

* Other terms, conditions and exclusions subject to original Personal Health Insurance (Universal) policy.

** The English language used in this table of benefit is merely a translation of Thai Version.

ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคล กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ ยูนิเวอร์แซล

Application Form Personal Health & Accident Insurance Universal

Universal Series – LONG STAY VISA O-A 2020 with Deductible (Cover in Thailand only)

☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี (Annual)

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย (Insured Personal Information)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นางสาว/นาง/อื่นๆ) Full Name (MR./MISS/MRS./Other)

เพศ (Gender) ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female) เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Phone No.)

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID Card No./Passport No.)

รหัสประจำตัวผู้เสียภาษี (Federal tax identification number)

น้ำหนัก (Weight) กก. (Kg) ส่วนสูง ซม. (Cm) วันเดือนปีเกิด Date of Birth (DD/MM/YY)

อายุ (Age) ปี (Yr.) อาชีพ (Occupation)

ตำแหน่ง/ลักษณะงาน (Position / Details)

รายได้ต่อเดือน (Salary per month) บาท (THB) อีเมล (Email Address)

ที่อยู่ปัจจุบัน

(Contact Address)

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ คนที่ 1 (Beneficiary's Name No.1)

อายุ (Age) ปี (Yr.) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured)

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ คนที่ 2 (Beneficiary's Name No.2)

อายุ (Age) ปี (Yr.) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured)

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (Insurance Period)

วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง คือหลังจากผ่านการพิจารณารับประกันของบริษัทฯ (Effective Date, which subject to underwriting process) สิ้นสุดวันที่ (Expiry Date) ตามเงื่อนไขบริษัทฯ เวลา (time) at 16.30 น. (กรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะต่ออายุโดยอัตโนมัติหากมีการชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย) (This policy will auto renew if premium paid within grace period. Policy termination applies per term and condition stated in policy wording)

แบบประกันภัย/ความคุ้มครอง (Insurance Package / Coverage)

ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล LONG STAY VISA O-A 2020 with Deductible (Cover in Thailand only)

1) Select your Deductible ☐ 1.1) DD 100,000 THB ☐ 1.2) DD 200,000 THB

2) Select Sum Insured ☐ Plan 1 ☐ Plan 2 ☐ Plan 3

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (Insurance Premium) บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่ม) Baht (Including Tax and Stamp duty)

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย (Insurance Premium Method of Payment)

☐ เงินสด (Cash) ☐ บัตรเครดิต / บัตรเดบิต (Credit/Debit Card) ☐ ชำระผ่านธนาคาร (Bank) ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

| ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย : กรุณาใส่ เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบ ตามความจริงในตารางต่อไปนี้ (Insured's health declaration : Please ✓ the appropriate box) | ไม่มี/ ไม่เคย No | มี/เคย Yes |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยชดเชยรายได้รายวัน กับบริษัทอื่นหรือไม่ (Do you have any health, life, accident or hospital benefit (HB) insurance with other Insurers?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย เพิ่มเบี้ยประกันภัย เพิ่มเงื่อนไข หรือยกเลิกประกันภัยสุขภาพหรือไม่ (Have you ever been declined, increased/loaded premium, accepted on special terms or been nullified for health insurance?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ (Have you ever undergone a surgical procedure of investigative nature or hospitalized or had a major accident in the last 5 years?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่ (Have you ever been advised to have a surgical/operation or further investigations which had not been performed?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์ทรวงอก เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่องกล้องตรวจทางพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจและการตรวจอื่นๆ หรือไม่ (In the past 5 years, have you ever been diagnosed/investigations with Chest X-Ray, CT scan, MRI, Pathology from a Biopsy, Ultrasound, and Electrocardiogram or others?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการผิดปกติ หรือโรคต่างๆ ตามรายละเอียดด้านล่างนี้หรือไม่ (Have you ever had or currently have symptoms/diseases as the following details?) | | |
| 6.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสอาร์เอสวี วัณโรค ไอเป็นเลือด จุดที่ปอด มะเร็งปอด และอื่นๆ ถ้ามี (Respiratory Tract problems such as Chronic Bronchitis, Pneumonia, COPD, Asthma, Respiratory Syncytial Virus(RSV), Tuberculosis(TB), Hemoptysis, Lung Nodule, Lung Cancer or others) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจโต ภาวะหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และอื่นๆ ถ้ามี (Heart Problems such as Palpitations, Arrhythmias, Cardiomegaly, Congestive Heart Failure, Coronary Artery Disease(CAD), Congenital Heart Disease or others) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย : กรุณาใส่ เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้ (Insured's health declaration : Please ✓ the appropriate box) | ไม่มี/ ไม่เคย No | มี/เคย Yes |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรคเส้นประสาทมีเดียนกดทับที่ข้อมือ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ กระดูกสันหลังคดกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท ปวดหลังเรื้อรังโรคกระดูกพรุน และอื่นๆ ถ้ามี (Musculoskeletal problems such as Carpal Tunnel Syndrome, Chronic Arthritis, Gout, Rheumatoid Arthritis, Scoliosis, Spondylosis, Herniated Disc, Severe Back pain, Osteoporosis or others) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะอาหารอักเสบเรื้อรัง โรคแผลในกระเพาะอาหาร อาหารไม่ย่อยภาวะลำไส้แปรปรวน โรคกรดไหลย้อน เลือดออกในทางเดินอาหารได้เลื่อน ริดสีดวงทวาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น (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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 ต่อมต่างๆโต มีติ่งเนื้อ ก้อนไขมัน ก้อนถุงน้ำหรือซิสต์ ก้อนเนื้ออกธรรมดา ก้อนเนื้อร้ายหรือมะเร็ง และอื่นๆถ้ามี(Enlarged glands, Polyps, Lipoma, Cysts, Tumor, Cancer or others) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับ ตา หู คอ จมูก เช่นต้อกระจก ต้อหิน ภาวะที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง ไชนัสอักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ เนื้องอกของสายเสียง โรคหยุดหายใจขณะหลับ และอื่นๆถ้ามี(Any problems about Eyes, Ears, Noses or Throat such as Cataract, Glaucoma, Chronic Otitis Media, Sinusitis, Tonsillitis, Vocal Cord Nodule, Sleep Apnea or others) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.7 โรคเกี่ยวกับตับ และถุงน้ำดี เช่น โรคถุงน้ำดีอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี ตับอักเสบชนิดเอ หรือ บี ไขมันที่ตับ ตับแข็ง มะเร็งตับ และอื่นๆถ้ามี(Liver and Gall bladder problems such as Cholecystitis, Gallstones, Hepatitis A or B, Fatty Liver, Cirrhosis, Liver Cancer or others) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.8 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ เช่นโรคหนองใน โรคเริมที่อวัยวะเพศ โรคซิฟิลิส ติดเชื้อ HIV โรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งต่อมลูกหมาก และอื่นๆถ้ามี (Reproductive system diseases such as Gonorrhea, Genital Herpes, Syphilis, HIV, Benign Prostatic Hyperplasia(BPH), Prostate Cancer or others) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.9 ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่วในไต ปัสสาวะลำบาก กรวยไตอักเสบ โรคไตเรื้อรัง กลุ่มอาการโรคไต ปัสสาวะเป็นเลือดและอื่นๆถ้ามี(Urinary Tract Disorders such as Renal Stone, Dysuria, Pyelonephritis, Chronic Kidney Disease(CKD), Nephrotic Syndrome(NS), Hematuria, or others) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย : กรุณาใส่ เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้ (Insured's health declaration : Please ✓ the appropriate box) | ไม่มี/ไม่เคย No | มี/เคย Yes |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6.10 ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคทาลัสซีเมีย โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก โรคแพ้ภูมิตัวเองในภาวะพ่วงเอ็นไซม์ G6PD มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคพุ่มพวงโรคแพ้ภูมิตัวเอง และอื่นๆถ้ามี (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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.11 ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานต่ำ และอื่นๆถ้ามี (Endocrine Disorders such as Diabetes Mellitus, Hyperthyroidism, Hypothyroidism or others) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.12 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทและสมอง เช่น โรคลมชัก โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง เอมจี ไมเกรน ปวดศีรษะเรื้อรัง เนื้องอกในสมอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ความจำเสื่อม และอื่นๆถ้ามี (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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.13 อาการผิดปกติทางจิตใจ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคนอนไม่หลับ อาการประสาทหลอน ภาวะย้ำคิดย้ำทำ โรคจิตเภท การพยายามฆ่าตัวตาย และอื่นๆถ้ามี (Mental Disorder such as Bipolar, Anxiety Disorder, Depressive Disorder, Insomnia, Hallucination, Obsessive-Compulsive Disorder (OCP), Schizophrenia, Attempted Suicide or others) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. นอกจากข้อ 6 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่ (Apart from item 6, are you currently injured or sick?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่ (Are you currently taking any medications or undergoing any treatments regularly?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่? (Do you currently smoke cigarettes?) <input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่ (No) <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน (Yes, less than 20 cigarettes per day) <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันเป็นเวลา (Yes, more than 20 cigarettes per day for) ปี (years) หากเลิกสูบแล้ว เลิกสูบเมื่อ (If quitted, when?) กรุณาระบุสาเหตุที่เลิก (please provide reason) | | |
| 10. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ (Do you drink alcohol?) <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม (No) <input type="checkbox"/> ดื่ม (Yes) ถ้าใช่ โปรดระบุ ชนิด (If yes, please specify) <input type="checkbox"/> สุรา (Whiskey) <input type="checkbox"/> เบียร์ (Beer) <input type="checkbox"/> ไวน์ (Wine) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other) ปริมาณ ครั้งละ (Amount per time) เฉลี่ย (Average frequency) ครั้ง / สัปดาห์ (times/week) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other) | | |

| เฉพาะสตรี (Female Only) | ไม่มี/ไม่เคย No | มี/เคย Yes |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11. ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์เพศหญิง การตั้งครรภ์ หรือโรคแทรกซ้อนหรือไม่ เช่น ก้อนที่เต้านม โรคถุงน้ำรังไข่ เยื่อบุผนังมดลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกมดลูก มะเร็งปากมดลูก ปวดประจำเดือน ถ้าใช่ โปรดระบุ (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, if yes, please specify.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ ถ้าใช่โปรดระบุอายุครรภ์ Are you pregnant? If yes, please specify Gestational age..... เดือน (Months) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ถ้าท่านตอบ “มี/เคย” ในคำถามข้อ 1 - 12 กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลในช่องว่างด้านล่าง If you answer “Yes” in any questions (item 1 – 12) please specify details in the space below.

| |
|---|
| <p>การขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมาย Tax deduction</p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?</p> <p><input type="checkbox"/> ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ และลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (ระบุชื่อ-นามสกุลในวงเล็บ) Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department:(Signature here.....)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม No</p> |
| <p>ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่ Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ และลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ระบุชื่อ-นามสกุลในวงเล็บ) Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department:(Signature here.....)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์ No</p> |
| <p>ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด Would you like a type of Insurance Policy?</p> <p><input type="checkbox"/> รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ By e-policy via specified e-mail</p> <p><input type="checkbox"/> รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ By post via specified address</p> |
| <p>บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท The company has the right to check the medical history and diagnosis of the insured as necessary with this insurance. And has the right to perform examination in the event that it is necessary and does not violate the law at the expense of the company</p> <p>ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้ In the event that the insured does not allow the company to check the medical history and diagnosis of the insured to support the consideration of the claims. The company may refuse coverage under this insurance policy to the insured.</p> |

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้

I request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of the Travel Insurance Policy. I declare and warrant that the above answers are true and completed. This proposal shall be the basis of the contract between the Company and me. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The company is entitled to void the policy.

ข้าพเจ้าทราบดีว่ากรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองสำหรับโรค (รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) อาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ขอเอาประกันภัยภายใน 24 เดือนก่อนวันที่คุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะมีผลบังคับ ซึ่งบริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน I understand that this policy does not cover sickness, symptom or irregularity that happened to the Insured Person within 24 months before the period of insurance. The Company is entitled to refuse the claim.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย And I agree that LMG Insurance may collect, use and disclose my information to the Office of Insurance Commission (OIC.) For the purpose of insurance system governance.

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| ลายมือชื่อ (Signature) | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> | ลายมือชื่อ (Signature) | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> |
| | () | | () |
| | ผู้ขอเอาประกันภัย (Insured) | | ผู้กระทำการแทน (Authorize Person)* |
| วันเดือนปี (Date) | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> | | *กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร เท่านั้น (Authorize person must be Parent/ Spouse/ Child only) |
| | | โปรดระบุความสัมพันธ์ (Please specify relationship to Insured person) | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> |
| | | วันเดือนปี (Date) | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> |

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองลงชื่อด้วย (Remark: If applicant age under 20 years old, guardian must sign)

☐ การประกันภัยโดยตรง Direct ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย Broker

ใบอนุญาตเลขที่ License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
WARNING of Office of Insurance Commission (OIC.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865