

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ชั้น 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0-2118-5555 โทรสาร 02-118-5601 www.dhipayalife.co.th
หนังสือรับรองสุขภาพสำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

คำขอเพื่อ การต่ออายุกรมธรรม์ การเพิ่มทุนประกัน การเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม การเปลี่ยนแปลงประกัน การยกเลิก/ลดเบี้ยเพิ่มพิเศษ
 กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่.....
 ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... ชื่อ-นามสกุลผู้ชำระเบี้ย(ถ้ามี).....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนเงินที่ชำระพร้อมหนังสือนี้.....บาท

ตัวแทน/นายหน้า.....รหัส.....สาขา..... เบอร์โทรศัพท์.....
 ผู้บริหารตัวแทน/ชื่อพนักงานธนาคาร.....รหัส..... เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ย)

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย	ข้อมูลผู้ชำระเบี้ย
1. ก) สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า ข) อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ค) ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... ง) รายได้จากอาชีพ.....บาท (ต่อปี) จ) ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง..... ฉ) ผู้เอาประกันภัยใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานเป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่	1. ก) สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า ข) อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ค) ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... ง) รายได้จากอาชีพ.....บาท (ต่อปี) จ) ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง..... ฉ) ผู้ชำระเบี้ยใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานเป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่

2. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย มีการประกันชีวิตและการประกันภัยอื่น ๆ ที่มีผลบังคับอยู่ รวมทั้งที่กำลังรออนุมัติอยู่กับบริษัทฯ และ บริษัทประกันภัยอื่น
 รวมเป็นเท่าใด
 ผู้เอาประกันภัย ประกันชีวิต.....บาท อุบัติเหตุ.....บาท โรคร้ายแรง.....บาท เงินชดเชยรายวัน.....บาท
 ผู้ชำระเบี้ย ประกันชีวิต.....บาท อุบัติเหตุ.....บาท โรคร้ายแรง.....บาท เงินชดเชยรายวัน.....บาท

3. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย มีความผิดปกติทางร่างกายหรือสุขภาพหรือไม่ ไม่มี มี ถ้ามี โปรดอธิบาย
 ผู้เอาประกันภัย.....
 ผู้ชำระเบี้ย.....

4. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกัน
 บกพร่อง หรือไม่ป็นโรคร้ายแรงใดๆ
 ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....

5. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย เคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอ
 กลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด
 ผู้เอาประกันภัย : ชื่อบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
 ชื่อบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
 ผู้ชำระเบี้ย : ชื่อบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
 ชื่อบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....

6. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย เคยได้รับการตรวจหรือการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ ตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคหรือได้เข้ารับการรักษาจากโรค อาการบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือได้รับการผ่าตัดใดๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย
ถ้าเคย โปรดอธิบายรายละเอียด

ผู้เอาประกันภัย

โรค หรือ อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	ผลการรักษาและอาการ ปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

ผู้ชำระเบี้ย

โรค หรือ อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	ผลการรักษาและอาการ ปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

7. ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย ดื่ม/เคยดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือ เสพ/สูบ หรือ เคยเสพ/สูบ บุหรี่ ยาเสพติดหรือสารเสพติดอื่น ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุ

ผู้เอาประกันภัย ระบุชนิด..... ปริมาณ.....ต่อครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่ม/เสพ/สูบมานาน..... ปี เลิกดื่ม/เสพ/สูบเมื่อ.....

ผู้ชำระเบี้ย ระบุชนิด..... ปริมาณ.....ต่อครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่ม/เสพ/สูบมานาน..... ปี เลิกดื่ม/เสพ/สูบเมื่อ.....

8. ถ้าถามเฉพาะสตรี ขณะนี้ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ผู้เอาประกันภัย ไม่ใช่ ใช่ ถ้าใช่ ท่านกำลังตั้งครรภ์.....เดือน
 ผู้ชำระเบี้ย ไม่ใช่ ใช่ ถ้าใช่ ท่านกำลังตั้งครรภ์.....เดือน

9. สำหรับผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย กรณีที่ต้องการแจ้งรายละเอียดอื่นเพิ่มเติม
.....
.....

ส่วนที่ 2 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้เอาประกันภัย

- การรับรองสถานะ
 - ผู้เอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุ
 ถือสัญชาติอเมริกัน
 เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
 ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
 - ผู้เอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
 กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ
 - ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่
 ไม่มี มี
 - ผู้เอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)
 ไม่มี มี

2. คำรับรอง

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท ทีพียประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 3 ข้อความยืนยันยินยอมแสดงหรือคำตอบในหนังสือรับรองสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในหนังสือรับรองสุขภาพนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน https://www.dhipayalife.co.th/privacy_policy_2563 รวมทั้งรับทราบ ว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว https://www.dhipayalife.co.th/privacy_policy_2563 ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา / มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 4 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจ น้อยกว่า เบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับการกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัท ได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พยาน

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา / มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)