

หนังสือยินยอมและรับทราบการบอกล้างสัญญา, ปฏิเสธความคุ้มครอง

วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ในฐานะ ผู้เอาประกันภัย
กรมธรรม์เลขที่ ทำประกันที่สาขา อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่
หมู่บ้าน/ถนน/ซอย ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่
ออกให้ ณ ได้ยินยอมและรับทราบการบอกล้างสัญญาประกันภัยกรมธรรม์ฉบับดังกล่าว
โดยข้าพเจ้ายอมรับว่า

- ระยะเวลาและขณะขอทำประกันภัย ข้าพเจ้ามีสุขภาพไม่สมบูรณ์ แต่ได้ปกปิดข้อเท็จจริงไว้ไม่แถลงให้บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต-
จำกัด (มหาชน) ทราบ บริษัท ฯ จึงมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้โดยชอบด้วยกฎหมาย
- ปฏิเสธความคุ้มครอง

ดังนั้น เพื่อเป็นการยืนยันและรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ยินยอมและรับทราบการบอกล้างสัญญาประกันภัย และปฏิเสธความคุ้มครอง
ตามกรมธรรม์ฉบับข้างต้นด้วยความสมัครใจ มิได้ถูกบังคับหรือขู่เข็ญแต่ประการใด จึงขอสละสิทธิไม่เรียกร้องเงินหรือสิทธิประโยชน์อย่าง
อื่นตามกรมธรรม์และจะไม่ใช้สิทธิโต้แย้งหรือคัดค้านใดๆ กับบริษัท ฯ อีกต่อไป ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความทั้งหมดในหนังสือฉบับนี้
เป็นอย่างดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ.

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)