



หนังสือยินยอมและรับทราบการบอกล้างสัญญา

วันที่ .....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ..... ในฐานะ ผู้รับประโยชน์  
ของผู้อุปประกันภัย ..... กรมธรรม์เลขที่ ..... ทำประกันที่  
สาขา ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ถนน/ซอย .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... บัตรประจำตัว  
ประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่ ..... ออกให้ ณ ..... ได้ยินยอมและ  
รับทราบการบอกล้างสัญญาประกันภัยกรมธรรม์ฉบับดังกล่าว

ข้าพเจ้ายอมรับว่า ระยะเวลาและขณะขอทำประกันภัย ผู้อุปประกันมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ แต่ได้ไปปิดข้อเท็จจริงไว้ไม่แถลง  
ให้บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบ บริษัท ฯ จึงมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

ดังนั้น เพื่อเป็นการยืนยันและรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ยินยอมและรับทราบการบอกล้างสัญญาประกันภัยตามกรมธรรม์ฉบับข้างต้น  
ด้วยความสมัครใจ มิได้ถูกบังคับหรือขู่เข็ญแต่ประการใด จึงขอสละสิทธิไม่เรียกร้องเงินหรือสิทธิประโยชน์อื่นตามกรมธรรม์และจะไม่  
ใช้สิทธิโต้แย้งหรือคัดค้านใด ๆ กับบริษัท ฯ อีกต่อไป ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความทั้งหมดในหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างดีแล้ว จึงได้  
ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ.

ลงชื่อ ..... ผู้รับประโยชน์  
( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )