

หนังสือยินยอมและรับทราบการบอกล้างสัญญา, ปฏิเสธจ่ายอุบัติเหตุ

วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ในฐานะ ผู้รับประโยชน์
ของผู้เอาประกันภัย กรมธรรม์เลขที่ ทำประกันที่
สาขา อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ถนน/ซอย
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด บัตรประจำตัว
ประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่ ออกให้ ณ ได้ยินยอม
และรับทราบการบอกล้างสัญญาประกันภัย และปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ฉบับดังกล่าว โดยข้าพเจ้ายอมรับว่า

- ระยะเวลาและขณะขอทำประกันภัย ผู้เอาประกันมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ แต่ได้ปกปิดข้อเท็จจริงไว้ไม่แถลงให้บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบ บริษัท ฯ จึงมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้โดยชอบด้วยกฎหมาย
- การเสียชีวิตของผู้เอาประกันมิได้มีสาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุ

ดังนั้น เพื่อเป็นการยืนยันและรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ยินยอมและรับทราบการบอกล้างสัญญาประกันภัย และปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ฉบับข้างต้นด้วยความสมัครใจ มิได้ถูกบังคับหรือขู่เข็ญแต่ประการใด จึงขอสงวนสิทธิไม่เรียกร้องเงินหรือสิทธิประโยชน์อื่นตามกรมธรรม์และจะไม่ใช้สิทธิโต้แย้งหรือคัดค้านใด ๆ กับบริษัท ฯ อีกต่อไป ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความทั้งหมดในหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ.

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)