

## 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 ไทยสมุทรประกัน-  
ชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบ บริษัท ฯ จึงมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้โดยชอบด้วยกฎหมาย
- การเสียชีวิตของผู้เอาประกันมิได้มีสาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุ

ดังนั้น เพื่อเป็นการยืนยันและรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ยินยอมและรับทราบการบอกล้างสัญญาประกันภัย และปฏิเสธความคุ้มครอง  
ตามกรมธรรม์ฉบับข้างต้นด้วยความสมัครใจ มิได้ถูกบังคับหรือขู่เข็ญแต่ประการใด จึงขอสงวนสิทธิไม่เรียกร้องเงินหรือสิทธิประโยชน์อย่าง  
อื่นตามกรมธรรม์และจะไม่ใช้สิทธิโต้แย้งหรือคัดค้านใด ๆ กับบริษัท ฯ อีกต่อไป ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความทั้งหมดในหนังสือฉบับนี้  
เป็นอย่างดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ.

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

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )