

## 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  
( ..... )