

คำร้องขอยกเลิกการสงวนสิทธิการเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ผู้รับประโยชน์
ตามกรมธรรม์เลขที่..... ขอยกเลิกการสงวนสิทธิการเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์
ตามบันทึกการเปลี่ยนแปลง ฉบับเลขที่.....บันทึกเป็นหลักฐาน ณ วันที่.....

ผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้รับประโยชน์ ขอรับรองว่าหากมีบุคคลใดเรียกร้องเงินหรือผลประโยชน์ตามกรมธรรม์
อันเป็นเหตุให้ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ต้องชดใช้เงินหรือผลประโยชน์ให้แก่บุคคลนั้น ผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้รับประโยชน์
ยินยอมชดใช้ ให้แก่บริษัท ทันที พร้อมทั้งค่าเสียหายอื่นใด ที่บริษัท พึงมี จากการเรียกร้องดังกล่าว

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ขอยืนยันว่า ได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูล
ส่วนบุคคลที่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

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

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

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

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

หมายเหตุ :: - ผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมลงนามรับรองสำเนาไว้เป็นหลักฐาน

- ต้องมีพยานลงนามรับรองอย่างน้อย 1 ท่าน หรือ กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองอย่างน้อย 2 ท่าน

- ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ต้องลงนามให้ครบทุกท่าน

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่
เว็บไซต์ <https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy> หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ

