

แจ้งความประสงค์ขอยกเลิกเคลมประกันภัยรถยนต์

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับมอบอำนาจ
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ _____ มีความประสงค์ขอยกเลิกการเคลมประกันภัยรถยนต์
หมายเลขทะเบียน _____ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____ ตรอก/ซอย _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____
เบอร์โทรศัพท์ _____ อีเมล _____
ซึ่งได้แจ้งเคลมประกันภัยไว้กับ บริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) ใบรับแจ้งเคลมฯ เลขที่ _____

โดยข้าพเจ้าจะยินยอมเป็นผู้รับผิดชอบต่อความเสียหายในการจัดซ่อมรถยนต์คันดังกล่าว ตามรายการในใบแจ้งเคลมฯ ที่ออกโดย
บริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทุกรายการ และขอยืนยันว่าข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทฯ ต่อการแจ้ง
เคลมประกันนี้ทุกกรณี

ลงชื่อ _____ ผู้ให้สัญญา/ผู้เอาประกันภัย
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการยกเลิกการแจ้งเคลมประกันภัย กรุณาแนบเอกสารให้ครบทุกรายการ

- สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบแจ้งเคลมประกันภัยรถยนต์ฉบับจริง ออกโดย บริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน)
- ใบมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย ลงลายมือชื่อรับรองสำเนา
(กรณีผู้เอาประกันภัยไม่ได้ดำเนินการด้วยตัวเอง)