



กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

ข้าพเจ้า อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน

เป็นผู้รับมอบอำนาจของ

ที่อยู่เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ขอทำบันทึกนี้ เพื่อแสดงว่า

ในฐานะ “ผู้รับโอน” ตามบันทึกข้อตกลงการโอนสิทธิเรียกร้อง เมื่อวันที่

โดยมี

เป็นผู้โอน/ผู้เอาประกันภัย ได้ยกเลิกการโอนสิทธิเรียกร้องตามบันทึกข้อตกลงการโอนสิทธิเรียกร้อง ดังกล่าวข้างต้นแล้ว

เพื่อเป็นหลักฐาน จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ

ลงชื่อ
()
ผู้รับโอน

ลงชื่อ
()
ผู้โอน/ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
พยาน

ลงชื่อ
()
พยาน

ลงชื่อ
()
บริษัทฯ/นายทะเบียน