

**รายชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ที่ขอยกเลิก**

สำหรับ โครงการประกันชีวิตกลุ่มสวัสดิการคณะกรรมการและพนักงานสหกรณ์  
 สหกรณ์ ..... จำกัด (ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)  
 กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 81-0....., 71-0.....

รหัสตัวแทน.....

สหกรณ์.....

ที่อยู่.....

ลำดับที่	เลขที่ใบรับรอง (ที่บริษัทฯ ออกให้)	คำนำหน้า - ชื่อ-นามสกุล(สมาชิก)	หมายเหตุ

**ประทับตราสหกรณ์**

ลงชื่อผู้มีอำนาจ.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....