บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 411 อาคารยูทาวเวอร์ ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250 โทร.0-2731-7799 แฟกซ์ 0-2731-7727-28

รายชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ที่ขอยกเลิก

รหัสตัวแทน(ถ้ามี).....

สำหรับโครงการประกันชีวิตกลุ่มสวัสดิการคณะกรรมการและพนักงานสหกรณ์ สหกรณ์.....

ที่อยู่.....

สหกรณ์.....จำกัด ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ …81-0…….. ,71-0……..

ลำดับที่	เลขที่ใบรับรอง (ที่บริษัทฯ ออกให้ ถ้ามี)	คำนำหน้า-ชื่อ-สกุลสมาชิก	หมายเหตุ

ลงชื่อผู้มีอำนาจ.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ประทับตราสหกรณ์