



ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE

หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้น 5 ห้อง 505
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
Tel: 02- 1185500 กด 1 FAX : 02- 1185601

เฉพาะเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ
เลขที่.....
รับวันที่...../...../.....
ลงชื่อผู้รับ.....

คำร้องขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย

เรียน บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

วันที่

ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันภัย กลุ่มสหกรณ์.....กรมธรรม์ประกันภัย
โครงการสินเชื่อ กรมธรรม์เลขที่.....เลขที่หนังสือรับรอง.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....โทรสาร..... มีความประสงค์จะขอใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้ปิดบัญชีวงเงินสินเชื่อ โครงการดังกล่าว ตามสัญญาเลขที่.....
ทุนประกัน.....วันที่ทำสัญญา.....กับสหกรณ์.....เรียบร้อยแล้ว

อื่นๆ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ดังกล่าว โดยให้นำจ่ายเป็น

- 1.เช็ค สั่งจ่ายชื่อผู้เอาประกันภัย
- 2.เงินโอน ชื่อบัญชีผู้เอาประกันภัย ธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....

(กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีที่มีเลขที่บัญชีชัดเจน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการโอนเงินค่าเวนคืนได้รวดเร็วขึ้น)

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ดังนี้

- 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ(ที่ยังไม่หมดอายุ) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- 2. หลักฐานการปิดบัญชีเงินสินเชื่อ ใบเสร็จรับเงิน
- 3. ใบเปลี่ยนแปลงชื่อ-สกุล (กรณีมีการเปลี่ยนแปลง โปรดแนบเอกสารทุกฉบับที่มีการเปลี่ยนแปลง) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจแล้วว่าการเวนคืนกรมธรรม์นี้ถือเป็นการสิ้นสุดสัญญาการประกันภัยและสิทธิต่างๆ
ที่จะเรียกร้องผลประโยชน์ใดๆจากกรมธรรม์ นับแต่ หรือในกรณีปิดบัญชีให้นับแต่วันที่ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อในหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ
()

ลงชื่อ
()

ผู้จัดการสหกรณ์

ผู้เอาประกันภัย