

บันทึกข้อความ

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด

โทร. 062-5749752

ที่...../.....

วันที่.....

เรื่อง ไม่ต่อทุนประกันชีวิตกลุ่ม และลดทุนประกันภัยสินเชื่อ

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

หน่วย/โรงเรียน.....สังกัด.....

มีความประสงค์ ขอ ลดทุนประกัน จาก.....เป็น.....

ไม่ต่อทุนประกัน ในปี..... (กรณี ชำระหนี้หมดแล้ว)

โดยแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง) มาพร้อมเอกสารฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการตามความประสงค์

ลงชื่อ

(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....

หมายเหตุ* ส่งเอกสารแจ้งความประสงค์ ภายในวันที่ 31 ตุลาคม ของทุกปี เท่านั้น

ช่องทางการส่งเอกสาร

1. ส่งด้วยตนเอง ที่สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด
2. ส่งทางไปรษณีย์ ที่อยู่ สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด
เลขที่ 79 หมู่ที่ 3 ถนนบายพาสเลี่ยงเมืองสระบุรี ต.ดาวเรือง อ.เมืองสระบุรี จ.สระบุรี 18000
3. ส่งทาง Online สแกน/ถ่ายรูปเอกสารทั้งหมด ส่งที่ไลน์แอดมิน

Line Official ID: @sttccsaraburi (มีตัว@ด้านหน้า)

หรือ สแกน QR CODE เพื่อเพิ่มเพื่อนไลน์



“ ส่งเอกสารทั้งหมด เพียงช่องทางใดช่องทางหนึ่งเท่านั้น ”