



สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจพังงา จำกัด

เลขที่ 9/21 ถนนเทศบาลบำรุง ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา 82000

โทร. 0-7641-1645 E-mail:png_policecoop@outlook.com

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอคืนเงินประกันสินเชื่อจำนอง

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจพังงา จำกัด

ชื่อ-นามสกุล.....สมาชิกเลขที่.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์.....กรรมธรรม์เลขที่

1. วันเริ่มความคุ้มครอง.....วันสิ้นสุดความคุ้มครอง.....ทุนประกัน.....เบี้ยประกัน.....

2. วันเริ่มความคุ้มครอง.....วันสิ้นสุดความคุ้มครอง.....ทุนประกัน.....เบี้ยประกัน.....

☐ แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนา 1 ใบ ☐ หากเปลี่ยนแปลง/แก้ไข ชื่อ นามสกุลให้แนบหลักฐาน

ลงชื่อ

(.....)

การตรวจสอบของเจ้าหน้าที่

หลักฐานประกอบการเวนคืนกรรมธรรม์

☐ สำเนาบัตรประชาชน ☐ หากเปลี่ยนแปลง/แก้ไข ชื่อ นามสกุลให้แนบหลักฐาน

☐ หนังสือรับรองการประกันชีวิต และใบรับเงิน (ต้นฉบับเท่านั้น) ☐ Statement การปิดบัญชี (ยื่นยื่นขอคืนเป็นศูนย์)

☐ บันทึกข้อความจากสหกรณ์ขอรับเงินตาม File แนบ

.....เจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการ
(.....)วันที่...../...../.....

☐ ถูกต้อง ตามระเบียบว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิกสหกรณ์ พ.ศ.2557

☐ ไม่ถูกต้องเจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนคอมพิวเตอร์
(.....)วันที่...../...../.....

ข้อพิจารณา ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติผู้จัดการ
(.....)วันที่...../...../.....

คำสั่ง ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติประธานกรรมการดำเนินการ
(.....)วันที่...../...../.....

