บริษัท เอไอเอ จำกัด
เอไอเอ ทาวเวอร์ 2 เลขที่ 181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทร. 0-2634-8888 โทรสาร 0-2236-6452
AIA Call Center 1581 www.aia.co.th

**ใบคำขอให้ยกเลิกสมาชิกประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มเลขที่ P**.....

ผู้ถือกรมธรรม์.....

ขอยกเลิกสมาชิก โดยให้สิ้นสุดความคุ้มครองวันที่.....

*** รายที่มี** AIA Care Card **ต้องส่งคืนทุกราย**

| ลำดับที่ภายใต้กรมธรรม์เลขที่ข้างต้น | ชื่อ - นามสกุล | เหตุผลที่ยกเลิก |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

..... ..... .....

( ) ( ) วัน / เดือน / ปี

ลงลายมือชื่อโดยผู้มีอำนาจ ลงลายมือชื่อโดยตัวแทนบริการ

A20200