

คำขออนุญาตเลิกสำนักงานสาขา

ที่ _____

วันที่ _____

เรียน นายทะเบียน

บริษัท ขอยื่นคำขออนุญาตเลิกสาขา ดังนี้

๑. ชื่อและสถานที่ตั้ง

สาขาที่ขอยกเลิก ชื่อ สาขา _____

จังหวัด _____ ตั้งอยู่เลขที่ _____ อาคาร _____ ชั้น _____ หมู่ที่ _____

ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ใบอนุญาตเลขที่ _____ ลงวันที่ _____

สาขาที่รับโอนกิจการของสาขาที่ยกเลิก ชื่อ สาขา _____

จังหวัด _____ ตั้งอยู่เลขที่ _____ อาคาร _____ ชั้น _____ หมู่ที่ _____

ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ใบอนุญาตเลขที่ _____ ลงวันที่ _____

๒. วัน เดือน ปี ที่จะเลิกการดำเนินงาน และการปิดประกาศ

วันที่ _____ โดยบริษัทจะปิดประกาศการเลิกสาขา

ไว้ในที่เปิดเผยโดยชัดเจนและเห็นได้ง่าย ณ สำนักงานสาขาแห่งนั้นไม่น้อยกว่าสามสิบวันก่อนวันที่เลิกสาขา

๓. เหตุผลและความจำเป็นในการขออนุญาตเลิกสำนักงานสาขา

๔. บริษัทได้รับใบอนุญาตให้เปิดสาขา เพื่อประกอบธุรกิจประกันชีวิตมาแล้ว รวมทั้งสิ้น

_____ สาขา

๕. เอกสารประกอบคำขออนุญาตเลิกสำนักงานสาขา

ใบอนุญาตสาขาที่ยกเลิก

สำเนาใบอนุญาตสาขาที่รับโอนกิจการ

แผนที่ของที่ตั้งสำนักงานสาขาที่รับโอนกิจการ

อื่น ๆ _____

๖. ข้อมูลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และบริษัทจะปฏิบัติตามเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการขออนุญาตเปิดสาขา ย้ายที่ตั้งสำนักงานใหญ่ หรือสำนักงานสาขา หรือเลิกสาขาของบริษัทประกันชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยเคร่งครัด

(_____)

กรรมการผู้มีอำนาจ

ประทับตราบริษัท

(_____)

กรรมการผู้มีอำนาจ