해 약 신 청 서

회 원 정 보			
회 원 명		회원코드	회사기재사항
생년월일	/ (남, 여)	연 락 처	

가 입 정 보			
가입상품		납입회차(금액)	회차 (원)
환 급 률	%	해약환급금	원
※ 해약 환급금은 기존 출금되었던 CMS 계좌로 입금됩니다.			

[카드납부 회원인 경우만 작성]				
환급금 입금 계 좌 정 보	은 행 명		예 금 주	
	계 좌 번 호			

해약사유	

첨부서류 (회원사망시)	☐ 사망진단서 ☐ 가족관계증명서 ☐ 대리인계좌사본

회 사 기 재 사 항			
지 점 명		지 점 장	(인)
담당코드		담 당 자	(인)
전사처리자		처리여부	
※ 신청서 접수 : 우편 또는 팩스(02-6714-1410, 1420)			

상기 본인은 귀사의 해약 규정에 이의가 없으며, 상기 내용과 같이 해약 신청 합니다.

신 청 일 : 20 년 월 일

신 청 인 : (인/서명)

대 리 인 : (인/서명)

서울특별시 강남구 강남대로 574
대표번호 : 1688-7676
팩스번호 : 02-6714-1410, 1420

전기공사공제조합 상조회사
엘비라이프(주)