



สมาคมคณิตศาสตร์ประกันภัยแห่งประเทศไทย
THE SOCIETY OF ACTUARIES OF THAILAND

ใบสมัครสมาชิก

ประเภทสมาชิก:

- เฟลโล แอสโซซิเอท สามัญ

รูปถ่าย

1. ข้อมูลส่วนตัว	<input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> อื่นๆ [<input type="checkbox"/> ศจ.ดร.]		
ชื่อ-สกุล ภาษาไทย			
ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ			
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน	วัน/เดือน/ปี เกิด		
เชื้อชาติ	สัญชาติ		
โทรศัพท์บ้าน	โทรศัพท์มือถือ		
ที่อยู่ปัจจุบัน			
E-mail Address (ส่วนตัว)			
2. อาชีพปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> บริษัทประกันชีวิต <input type="checkbox"/> บริษัทประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> บริษัทที่ปรึกษา <input type="checkbox"/> มหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> คปก. <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____		
สถานที่ทำงาน			
ฝ่าย/แผนก	ตำแหน่ง:		
ที่ตั้งของสถานที่ทำงาน			
หมายเลขโทรศัพท์	แฟกซ์:		
E-mail Address (ที่ทำงาน)			

3. ประวัติการศึกษา

ชื่อปริญญา/คณะ	วิชาเอก	ชื่อสถาบัน	เป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจาก IAA หรือไม่?

4. คุณวุฒิวิชาชีพทางด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน):

สมาคมนักคณิตศาสตร์ประกันภัยที่ได้รับการรับรอง	เฟลโล	แอสโซซิเอท	เป็นสมาชิกโดยการสอบผ่านตามรายวิชาที่สมาคม กำหนด	เป็นสมาชิกโดยการเทียบเครดิตกับสมาคม
Society of Actuaries (USA)				
Casualty Actuarial Society (USA)				
Institute and Faculty of Actuaries (UK)				
Institute of Actuaries of Australia (Australia)				
Canadian Institute of Actuaries (Canada)				
อื่นๆ - โปรดระบุ				

5. กรณีที่ท่านได้รับใบอนุญาตการเป็นนักคณิตศาสตร์ประกันชีวิต/ประกันวินาศภัยจาก คปภ. กรุณาระบุข้อมูลดังต่อไปนี้

ประเภทของใบอนุญาต	เลขที่ใบอนุญาต	วันที่ใบอนุญาตหมดอายุ
ใบอนุญาตนักคณิตศาสตร์ประกันชีวิต		
ใบอนุญาตนักคณิตศาสตร์ประกันวินาศภัย		

6. กรณีที่ท่านมิได้เป็นสมาชิกระดับเฟลโลหรือแอสโซซิเอทของสมาคมนักคณิตศาสตร์ดังข้อ 4 แต่ได้สอบผ่านตามหลักสูตรนักคณิตศาสตร์แล้วอย่างน้อย 1 วิชา กรุณาระบุรายละเอียด

ชื่อสถาบันที่สอบ						
หลักสูตรหรือวิชาที่สอบผ่าน						

7. ประวัติการทำงาน (กรุณาแนบประวัติการทำงานของท่านมาพร้อมใบสมัครนี้)

- สถานที่ทำงาน..... จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงาน.....

- สถานที่ทำงาน..... จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงาน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า:

- ข้อความทั้งหมดข้างต้นเป็นจริงทุกประการ
- ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกที่ดีตามข้อบังคับของสมาคมนักคณิตศาสตร์ซึ่งข้าพเจ้าได้ระบุไว้
- ข้าพเจ้าปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมของวิชาชีพ ไม่เคยถูกไต่สวนหรือลงโทษทางด้านจริยธรรมนักคณิตศาสตร์ประการใดๆ
- ข้าพเจ้าไม่เคยถูกพิพากษา ระวังโทษจำคุก หรือกระทำความผิดต่อกฎหมายของประเทศใดทั้งสิ้น
- ข้าพเจ้าไม่เคยถูกศาลพิพากษาให้เป็นบุคคลล้มละลาย
- ข้าพเจ้ายอมรับกฎข้อบังคับของสมาคมฯ ตลอดจนจรรยาบรรณวิชาชีพนักคณิตศาสตร์ และหลักการว่าด้วยคณะกรรมการจริยธรรมวิชาชีพฯ
- ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับเงื่อนไขว่าด้วยการชำระค่าบำรุงสมาชิกรายปี ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตระหนักดีว่า หากมิได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวที่กำหนดไว้ สมาชิภาพของข้าพเจ้าจะสิ้นสุดลง
- ข้าพเจ้านำส่งใบสมัครต้นฉบับพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่สมาคมฯ กำหนด โดยถูกต้องครบถ้วน ตามที่อยู่ซึ่งได้ให้ไว้ด้านท้ายของใบสมัครนี้

ลงนาม: วันที่:

ชื่อผู้รับรอง ท่านที่ 1: ประเภทสมาชิก:

ลงนาม: วันที่:

ชื่อผู้รับรอง ท่านที่ 2: ประเภทสมาชิก:

ลงนาม: วันที่:

ประเภทสมาชิก	หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิก
สมาชิกเฟลโล	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่มีการรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาหนังสือเดินทาง กรณีที่เป็นชาวต่างชาติ <input type="checkbox"/> สำเนาประกาศนียบัตรแสดงสถานะสมาชิกภาพระดับเฟลโลจากสมาคมนักคณิตศาสตร์อื่นๆ <input type="checkbox"/> ใบรับรองการทำงาน (กรณีที่เป็นชาวต่างชาติ) <input type="checkbox"/> ประวัติย่อ ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลการทำงาน <input type="checkbox"/> รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป ทั้งนี้ ต้องถ่ายไม่เกิน 6 เดือน <input type="checkbox"/> ใบสมัครสมาชิกซึ่งลงนามเรียบร้อยแล้ว <input type="checkbox"/> มีการลงนามรับรองโดยสมาชิกของสมาคมฯ โดยสมาชิกผู้รับรองนั้นต้องดำรงฐานะสมาชิกภาพโดยสมบูรณ์ ได้แก่ สมาชิกเฟลโล หรือสมาชิกแอสโซซิเอท <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงการชำระค่าสมาชิก
สมาชิกแอสโซซิเอท	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่มีการรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาหนังสือเดินทาง กรณีที่เป็นชาวต่างชาติ <input type="checkbox"/> สำเนาประกาศนียบัตรแสดงสถานะสมาชิกภาพระดับแอสโซซิเอทจากสมาคมนักคณิตศาสตร์ที่กำหนดไว้ หรือ สำเนาหลักฐานการจบการศึกษาจากสถาบันทางด้านคณิตศาสตร์ซึ่ง IAA ให้การรับรอง <input type="checkbox"/> ใบรับรองการทำงาน (กรณีที่เป็นชาวต่างชาติ) <input type="checkbox"/> ประวัติย่อ ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลการทำงาน <input type="checkbox"/> รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป ทั้งนี้ ต้องถ่ายไม่เกิน 6 เดือน <input type="checkbox"/> ใบสมัครสมาชิกซึ่งลงนามเรียบร้อยแล้ว <input type="checkbox"/> มีการลงนามรับรองโดยสมาชิกของสมาคมฯ โดยสมาชิกผู้รับรองนั้นต้องดำรงฐานะสมาชิกภาพโดยสมบูรณ์ ได้แก่ สมาชิกเฟลโล หรือสมาชิกแอสโซซิเอท <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงการชำระค่าสมาชิก

สมาชิกสามัญ	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่มีการรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาทะเบียนบ้านเป็นชาวต่างชาติ <input type="checkbox"/> สำเนาหลักฐานการศึกษา <input type="checkbox"/> สำเนาแสดงหลักฐานการสอบผ่านรายวิชาจากหน่วยงานด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย หรือใบอนุญาตการเป็นนักคณิตศาสตร์ประกันชีวิต/ประกันวินาศภัย จาก คปภ. หรือ ใบรับรองการทำงานด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย <input type="checkbox"/> ใบรับรองการทำงาน (กรณีที่เป็นชาวต่างชาติ) <input type="checkbox"/> ประวัติย่อ ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลการทำงาน <input type="checkbox"/> รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป ทั้งนี้ ต้องถ่ายไม่เกิน 6 เดือน <input type="checkbox"/> ใบสมัครสมาชิกซึ่งลงนามเรียบร้อยแล้ว <input type="checkbox"/> มีการลงนามรับรองโดยสมาชิกของสมาคมฯ โดยสมาชิกผู้รับรองนั้นต้องดำรงฐานะสมาชิกภาพโดยสมบูรณ์ ได้แก่ สมาชิกเฟลโล หรือสมาชิกแอสโซซิเอท <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงการชำระค่าสมาชิก
-------------	--

อัตราค่าสมาชิกรายปี:

- สมาชิกเฟลโล/7,490 บาท
 สมาชิกแอสโซซิเอท/1,070 บาท
 สมาชิกสามัญ/1,070 บาท
(รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)

วิธีการชำระเงิน

- ชำระเป็นเงินสด
 เช็คสั่งจ่าย "สมาคมนักคณิตศาสตร์ประกันภัยแห่งประเทศไทย"
 โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกสิกรไทย สาขาพัฒนาพงศ์ บัญชีกระแสรายวัน (ชื่อบัญชี สมาคมนักคณิตศาสตร์ประกันภัยแห่งประเทศไทย) เลขที่บัญชี 018-1-01969-7

วิธีการสมัคร

โปรดส่งใบสมัครของท่านพร้อมหลักฐานการชำระเงินมายัง “สมาคมนักคณิตศาสตร์ประกันภัยแห่งประเทศไทย” ตามที่อยู่ต่อไปนี้
คุณอรพรรณ พานิช : บริษัท เอไอเอ จำกัด เลขที่ 181 อาคารเอไอเอทาวเวอร์ ชั้น 17 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
Email: Oraphan.Panit@aia.com โทรศัพท์: โทร: 02-638-7195

สำหรับเจ้าหน้าที่ :		
<input type="checkbox"/> ได้รับเอกสารทุกรายการเรียบร้อยแล้ว	วันที่ : _____	ผู้รับ : _____
<input type="checkbox"/> ส่ง E-mail ให้คณะกรรมการพิจารณา	วันที่ : _____	ผู้ส่ง : _____
<input type="checkbox"/> สิ้นสุดการลงมติของคณะกรรมการ	วันที่ : _____	
<input type="checkbox"/> อนุมัติ	<input type="checkbox"/> ยังไม่พิจารณา	<input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ
ความเห็นเพิ่มเติม..... วันที่สมาชิกภาพมีผลบังคับ: วันที่แจ้งผู้สมัคร:		