



สมาคมคณิตศาสตร์ประกันภัยแห่งประเทศไทย
THE SOCIETY OF ACTUARIES OF THAILAND

ใบสมัครสมาชิก

ประเภทสมาชิก:

- เฟลโล แอสโซซิเอท สามัญ สถาบัน

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"/> คปภ. <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)				
Institute of Actuaries (UK)				
Faculty of Actuaries (Scotland):				
Institute of Actuaries of Australia:				
Canadian Institute of Actuaries:				
Casualty Actuarial Society (USA):				
อื่นๆ - โปรดระบุ				

5. กรณีที่ท่านได้รับใบอนุญาตการเป็นนักคณิตศาสตร์ประกันชีวิต/ประกันวินาศภัยจาก คปภ. กรุณาระบุข้อมูลดังต่อไปนี้

ประเภทของใบอนุญาต	เลขที่ใบอนุญาต	วันที่ใบอนุญาตหมดอายุ
ใบอนุญาตนักคณิตศาสตร์ประกันชีวิต		
ใบอนุญาตนักคณิตศาสตร์ประกันวินาศภัย		

6. กรณีที่ท่านมิได้เป็นสมาชิกระดับเฟลโลหรือแอสโซซิเอทของสมาคมนักคณิตศาสตร์ดังข้อ 4 แต่ได้สอบผ่านตามหลักสูตรนักคณิตศาสตร์แล้วอย่างน้อย 1 วิชา กรุณาระบุรายละเอียด

ชื่อสถาบันที่สอบ						
หลักสูตรหรือวิชาที่สอบผ่าน						

7. ประวัติการทำงาน (กรุณาแนบประวัติการทำงานของท่านมาพร้อมใบสมัครนี้)

- (1) สถานที่ทำงาน..... จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงาน.....

- (2) สถานที่ทำงาน..... จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงาน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า:

- ข้อความทั้งหมดข้างต้นเป็นจริงทุกประการ
- ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกที่ดีตามข้อบังคับของสมาคมนักคณิตศาสตร์ซึ่งข้าพเจ้าได้ระบุไว้
- ข้าพเจ้าปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมของวิชาชีพ ไม่เคยถูกไต่สวนหรือลงโทษทางด้านจริยธรรมนักคณิตศาสตร์ประการใดๆ
- ข้าพเจ้าไม่เคยถูกพิพากษา ระวังโทษจำคุก หรือกระทำความผิดต่อกฎหมายของประเทศใดทั้งสิ้น
- ข้าพเจ้าไม่เคยถูกศาลพิพากษาให้เป็นบุคคลล้มละลาย
- ข้าพเจ้ายอมรับกฎข้อบังคับของสมาคมฯ ตลอดจนจรรยาบรรณวิชาชีพนักคณิตศาสตร์ และหลักการว่าด้วยคณะกรรมการจริยธรรมวิชาชีพ
- ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับเงื่อนไขว่าด้วยการชำระค่าบำรุงสมาชิกรายปี ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตระหนักดีว่า หากมิได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ สมาชิกภาพของข้าพเจ้าจะสิ้นสุดลง
- ข้าพเจ้าจะนำส่ง ใบสมัครต้นฉบับพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่สมาคมฯ กำหนด โดยถูกต้องครบถ้วน ตามที่อยู่ซึ่งได้ให้ไว้ด้านท้ายของใบสมัครนี้

ลงนาม: วันที่:

ชื่อผู้รับรอง ท่านที่ 1: ประเภทสมาชิก:

ลงนาม: วันที่:

ชื่อผู้รับรอง ท่านที่ 2: ประเภทสมาชิก:

ลงนาม: วันที่:

ประเภทสมาชิก	หลักฐานประกอบการสมัครสมาชิก
สมาชิกเฟลโด	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่มีการรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาหนังสือเดินทาง กรณีที่เป็นชาวต่างชาติ <input type="checkbox"/> สำเนาประกาศนียบัตรแสดงสถานะสมาชิกภาพระดับเฟลโดจากสมาคมนักคณิตศาสตร์อื่นๆ <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 สมาชิกเฟลโด สมาชิกแอสโซซิเอท หรือสมาชิกสามัญ <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 สมาชิกเฟลโด สมาชิกแอสโซซิเอท หรือสมาชิกสามัญ <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงการชำระค่าสมาชิก

สมาชิกสามัญ	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่มีการรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาหนังสือเดินทาง กรณีที่เป็นชาวต่างชาติ <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 สมาชิกแอสโซซิเอท หรือสมาชิกสามัญ <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงการชำระค่าสมาชิก
-------------	---

อัตราค่าสมาชิกรายปี:

- สมาชิกเฟลโล/5,000 บาท
 สมาชิกแอสโซซิเอท/1,000 บาท
 สมาชิกสามัญ/1,000 บาท

วิธีการชำระเงิน

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

วิธีการสมัคร

โปรดส่งใบสมัครของท่านพร้อมหลักฐานการชำระเงินมายัง “สมาคมนักคณิตศาสตร์ประกันภัยแห่งประเทศไทย” ตามที่อยู่ต่อไปนี้
ที่ติดต่อ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด เลขที่ 295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
Email: rattiyas@mittare.com โทรศัพท์: 02-640-7765 โทรสาร: 02-640-7856

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:		