

## ใบสมัครตัวแทน/นายหน้าประกันวินาศภัย

รูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว  
จำนวน 1 รูป

ทำที่.....

วันที่สมัคร...../...../.....

รหัส   -       

		สำหรับเจ้าหน้าที่ กรอกถูกต้อง/ครบถ้วน	
		ใช่	ไม่ใช่
<input type="checkbox"/> ตัวแทนใหม่ <input type="checkbox"/> ตัวแทนมีใบอนุญาตฯ <input type="checkbox"/> นายหน้าบุคคลธรรมดา <input type="checkbox"/> นายหน้านิติบุคคล			
1	1.1 ชื่อ นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล..... อาชีพ..... เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... เชื้อชาติ ..... ศาสนา..... บัตรประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่ ..... ออกโดย ..... วันที่ออกบัตร ..... วันหมดอายุ ..... 1.2 ชื่อ (นิติบุคคล) ..... ทะเบียนเลขที่..... ออกโดย..... ผู้มีอำนาจกระทำการแทน ..... สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ ชื่อภรรยา/สามี ..... อาชีพ ..... อายุ ..... ปี สถานที่ทำงาน ..... โทรศัพท์ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	2.1 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... <input type="checkbox"/> บ้านตนเอง <input type="checkbox"/> บ้านญาติ <input type="checkbox"/> บ้านเช่า <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ ..... 2.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ ..... โทรสาร.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	สถานที่ทำงานปัจจุบัน ..... ตำแหน่ง..... เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... E-mail address ..... ** กรณีบริษัทในกลุ่มไทยประกันชีวิตโปรดระบุตำแหน่ง ..... สาขา .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	การศึกษาระดับ.....สาขา.....จาก.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<b>บุคคลอ้างอิง</b> 5.1 ชื่อสกุล ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... สถานที่ติดต่อ ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ..... 5.2 ชื่อสกุล ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... สถานที่ติดต่อ ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	ท่านเคยส่งงานกับบริษัทประกันวินาศภัยอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย กับบริษัท .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ท่านมีใบอนุญาตประกันชีวิตหรือประกันวินาศภัยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ประเภทประกันชีวิต บริษัท ..... ใบอนุญาตเลขที่ ..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ ..... ประเภทประกันวินาศภัย บริษัท ..... ใบอนุญาตเลขที่ ..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	เอกสารประกอบใบสมัคร	หลักฐานครบถ้วน/ถูกต้อง ใช่    ไม่ใช่	
<b>กรณีตัวแทนใหม่</b> <input type="checkbox"/> รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรตัวแทนประกันชีวิต (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ).....		<b>กรณีตัวแทน/นายหน้ามีใบอนุญาตฯ</b> <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรตัวแทน / นายหน้าประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรตัวแทนประกันชีวิต (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> หนังสือสัญญาค้าประกันและเอกสารประกอบ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) .....	
		<b>กรณีนิติบุคคล</b> <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองจดทะเบียนบริษัท <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตนายหน้านิติบุคคล <input type="checkbox"/> สำเนาภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภพ.20) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)	

ข้าพเจ้าขอสมัคร เพื่อส่งงานประกันวินาศภัย (ทุกประเภท) ให้แก่บริษัท ไทยไฟพลอยด์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) โดยข้าพเจ้ายินยอมผูกพันตามเงื่อนไขผลประโยชน์ของทางบริษัทฯ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

**สำหรับเจ้าหน้าที่ : เพิ่มเติมกรณีตัวแทนใหม่**

สอบขอรับใบอนุญาตตัวแทนประกันวินาศภัย ได้ เมื่อวันที่ ..... สนามสอบ จังหวัด .....

เลขที่ใบอนุญาตประกันวินาศภัย..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ .....

ลงชื่อ.....

วันที่ .....

**ความเห็นของเจ้าหน้าที่**

.....

.....

.....

.....

.....