



AIG ADVANTAGE
Partners for Growth

TR#

สาขา

จังหวัด

โค้ดเลขที่

ตัวแทน 01 02 03

ใบสมัครเป็นตัวแทนประกันวินาศภัย

กรณการกรายละเอียดลงในช่องว่าง และ กาเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงใน <input type="checkbox"/>		แนบรูปถ่าย ขนาด 2.5X3 ซม. จำนวน 1 รูป		
ชื่อ ไทย(นาย/นาง/นางสาว)	นามสกุล			
ชื่อ อังกฤษ (Mr./Mrs./Miss)	นามสกุล			
วัน/เดือน/ปี เกิด	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>			
สถานที่เกิด	อายุ	ปี		
บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ เลขที่	ออกที่	เมื่อวันที่	เดือน พ.ศ.	
วุฒิการศึกษา	จาก	ประเทศ	พ.ศ.	
สถานภาพครอบครัว <input type="checkbox"/> เป็นโสด <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> สมรส ภรรยา/สามี ชื่อ _____ มีบุตรในความปกครองจำนวน _____ คน				
ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เจ้าของ <input type="checkbox"/> อาศัย <input type="checkbox"/> เช่า				
บ้านเลขที่	หมู่ที่	ตรอก/ซอย	ถนน	
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต	จังหวัด		
รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์	โทรศัพท์มือถือ		
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	บ้านเลขที่	หมู่ที่	ตรอก/ซอย	
	ถนน	ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต	
	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	e-mail	
อาชีพปัจจุบัน (หากผู้สมัครประกอบอาชีพหลายอย่างในขณะนี้ โปรดระบุทุกอาชีพ) <input type="checkbox"/> ยังไม่ประกอบอาชีพอะไร <input type="checkbox"/> ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต <input type="checkbox"/> ทำงานบริษัท/ห้างร้าน <input type="checkbox"/> ตัวแทน/นายหน้าประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> ประกอบธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____				

โปรดระบุสถานที่ทำงานโดยชัดเจน

ชื่อสำนักงาน	ตำแหน่ง/แผนก	เลขที่	หมู่ที่
ตรอก/ซอย	ถนน	ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์	
โทรศัพท์มือถือ	email (* โปรดระบุ e-mail ทุกครั้งที่มีการกรอกใบสมัคร)		
ปัจจุบันเป็นตัวแทนสังกัด เอ.ไอ.เอ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> ตัวแทน <input type="checkbox"/> ผู้จัดการ			
ชื่อหน่วย/ภาค	โค้ดหน่วย	โค้ดตัวแทน	กลุ่ม
โซน	อาคาร	ชั้น	
ห้อง	โทรศัพท์	ต่อ	
จดหมายหรือเอกสารให้ส่งไปที่ (โปรดระบุ) <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน			
หมายเหตุ กรณีที่ผู้สมัครเป็นบัญชีภายใต้ชื่อตัวแทนอื่น โปรดระบุรายละเอียดดังนี้ (ชื่อเจ้าของบัญชี)			
อยู่ที่	โทรศัพท์		
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ	(ลงชื่อผู้สมัคร)		