



บริษัท เอ็มดี อินชัวร์ บрокเกอร์ (วินาศภัย) จำกัด

MD INSURE BROKER (NONLIFE) CO.,LTD.

131/3-4 หมู่ที่ 1 ตำบลบึงยี่โก อำเภอรัญญี จังหวัดปทุมธานี 12130

Ins. 02-040-8434-35

แบบสอบถามข้อมูลเพื่อคำนวณเบี้ยประกันสุขภาพกลุ่ม

ชื่อบริษัท

สถานที่ตั้ง

ลักษณะธุรกิจ (สำหรับบริษัท โปรดระบุ)

1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

1.1 ลูกค้ายกเว้นค่าประกันสุขภาพมาก่อนหรือไม่ ☐ เคยทำ ☐ ไม่เคยทำ

** หากลูกค้ายกเว้นค่า ขอทราบประวัติเคลมย้อนหลัง 3 ปี **

ปีที่เกิดเหตุ	ลักษณะการเกิดเหตุ	จำนวนความเสียหาย

** หากลูกค้ายกเว้นค่า ขอให้นำตารางกรมธรรม์เดิม เพื่อขอส่วนลด และแข่งขันค่าเบี้ยประกันภัย (รวมวงแนบไฟล์กรมธรรม์เดิม) **

2. รายละเอียดพนักงาน

2.1 จำนวนพนักงานที่เอาประกันภัยทั้งหมด

2.2 ช่วงอายุของพนักงาน โปรดระบุ (เช่น อายุ 18 - 60 ปี เป็นต้น)

2.3 อาชีพและลักษณะงานที่ทำ เช่น วิศวกร คุมงานก่อสร้างนอกสถานที่ จำนวน 5 คน / พนักงานบัญชี ทำงานในออฟฟิศ จำนวน 5 คน

ลำดับที่	อาชีพและลักษณะงานที่ทำ	จำนวน

3. รายละเอียดความคุ้มครอง

2.4 ทุนประกันภัยที่ต้องการ

2.5 ค่าห้อง / ค่าอาหารที่ต้องการ กรณีเป็นผู้ป่วยใน

2.6 ความคุ้มครองกรณีเป็นผู้ป่วยนอก ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

2.7 ราคา/คน ที่ทางบริษัทต้องการ

4. บัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น (มีบัตร หรือ ไม่มีบัตรก็ได้)

5. เงื่อนไขอื่น ๆ ที่ต้องการ

ชื่อสมาชิก

รหัสสมาชิก

โทร.

up.22/08/2024