

ไทยประกันสุขภาพ

ใครจะห่วงใยและบริการคนไทย ได้ดีไปกว่าคนไทยด้วยกันเอง

แบบฟอร์มการขอออกข้อเสนอ / Request Proposal

ชื่อบริษัท(ภาษาไทย).....

Company Name.....

ที่อยู่ของบริษัท/Address รหัสไปรษณีย์/Code.....

ลักษณะธุรกิจ/Nature of Business..... รายละเอียด/MoreDetail.....

จำนวนพนักงานทั้งหมด/No. Of Employees.....คน สมัครทำประกัน.....คน คิดเป็น.....%

อายุเฉลี่ย/Average Ageปี/Years เพศชาย/Male.....% เพศหญิง/ Female.....%

จำนวนคู่สมรสหรือบุตรจำนวน/Dependentคน แต่ละแผน/Dependent for Each Plan.....

ชื่อ-สกุล บุคคลที่ท่านติดต่อ/Contact person.....ตำแหน่ง/Position.....

เบอร์โทรศัพท์/Telephoneเบอร์แฟกซ์/Fax.....

Plan	Position	No.of ees	Dependent	P A (2)	R&B	GE	Surgical	OPD	SMM	Other
แผน	ตำแหน่งพนักงาน	จำนวนคน	คู่สมรสและบุตร	ประกันอุบัติเหตุ	ค่าห้อง	ค่ายา	ค่าผ่าตัด	ผู้ป่วยนอก	ค่ารักษาพยาบาลสาหัส	อื่นๆ

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

เอกสารที่แนบมาด้วย ผลประโยชน์เดิม/คู่แข่ง..... งบประมาณบริษัทลูกค้า.....
Enclosed Existing benefit/competitor..... Budget.....

บริษัทประกันเดิม..... เอกสารการเคลมย้อนหลังปีคิดเป็น%

Existing Insurer..... Loss Ratio.....%

ความต้องการพิเศษของลูกค้า/Special Requirement

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแทน ชื่อ-สกุล..... สาขา..... หน่วย/ภาค.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ..... เบอร์แฟกซ์.....

E-Mail Address.

หมายเหตุ : ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามได้ที่ โทร 0-2642-3100 ต่อ 100 โทรสารที่ 02-642-3130

หรือ E-Mail สอบถาม : buy@thaihealth.co.th

: ขอให้ใช้แบบประกันสำเร็จรูปที่ทางบริษัทไทยประกันสุขภาพ ได้จัดสรรไว้ให้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ท่านสามารถนำเสนอลูกค้า