

ZAPYTANIE OFERTOWE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Data wypełnienia zapytania

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól poniższej tabeli.

Pełna nazwa firmy	_____	
NIP/REGON	_____	
Lokalizacja/ ilość osób w danej lokalizacji	Miejscowość	Ilość osób w danej lokalizacji
	Warszawa i okolice	_____
	Inne (jakie)	
Branża/ Opis prowadzonej działalności	_____	
Oferta dla	Pracowników / Pracowników i członków rodzin *	
Liczba Pracowników	Ogółem	_____
	Przystępujących do ubezpieczenia	_____
Kryterium grupy (przystępujących do ubezpieczenia)	_____	
Struktura w grupie przystępujących do ubezpieczenia	Liczba kobiet	_____
	Liczba mężczyzn	_____
	Średni wiek	_____
Zakres ubezpieczenia	INTER Vision:	_____
	INTER Zdrowie:	_____
	Ubezpieczenia dodatkowe	_____
Dotychczasowa opieka zdrowotna	Abonament / ubezpieczenie zdrowotne / brak *	
	Gdzie?	_____
Płatnik składki	Pracodawca / Pracownik *	
Uwagi	_____	

* niepotrzebne skreślić

W przypadku zainteresowania opcją dodatkową – **medycyną pracy** prosimy o dołączenie wykazu/opisu stanowisk pracy.