

# فرم نظرسنجی بیمه درمان آتیه سازان حافظ (ویژه پرسنل رسمی) برق شهرستان کامیاران

## بعد اطلاع رسانی

---

---

1- نحوه اطلاع رسانی از مفاد قرارداد بیمه:

- بسیار راضی
- راضی
- ناراضی
- بسیار ناراضی
- نظری ندارم

2- نحوه اطلاع رسانی از فرآیند پرداخت خسارت از طریق سامانه  
رسانه:

- بسیار راضی
- راضی
- ناراضی
- بسیار ناراضی
- نظری ندارم

## بعد پاسخگویی

---

---

3- نحوه برخورداری از سیستم پشتیبانی بیمه‌گر و جوابگویی در  
مواقع اورژانسی در تمامی ساعات شبانه روز:

- بسیار راضی
- راضی
- ناراضی
- بسیار ناراضی
- نظری ندارم

4- نحوه پاسخگویی کارشناسان بیمه:

- بسیار راضی

- راضی
  - ناراضی
  - بسیار ناراضی
  - نظری ندارم
- 5- در صورت نیاز به دریافت معرفی نامه فیزیکی، جهت مراجعه به مراکز درمانی، سرعت و دقت کارشناس شرکت بیمه‌گر را در چه سطحی ارزیابی می‌نمایید؟
- بسیار راضی
  - راضی
  - ناراضی
  - بسیار ناراضی
  - نظری ندارم

## ▪ بعد کیفیت خدمات شرکت بیمه

---

---

- 6- میزان رضایت شما از عملکرد کارشناس بیمه (نماینده مسئول جمع آوری مدارک) چقدر است؟ لطفا در پاسخ به این سوال به مواردی مثل نظم در حضور فیزیکی کارشناس برای جمع آوری و یا تحویل مدارک، نحوه راهنمایی و پاسخگویی، میزان تسلط کارشناس و ... توجه فرمایید.
- بسیار راضی
  - راضی
  - ناراضی
  - بسیار ناراضی
  - نظری ندارم
- 7- میزان دسترسی به بیمارستان های طرف قرارداد (از لحاظ توزیع و پراکندگی) در سطح استان
- بسیار راضی
  - راضی
  - ناراضی
  - بسیار ناراضی
  - نظری ندارم
- 8- میزان دسترسی به مراکز پاراکلینکی طرف قرارداد (از لحاظ توزیع و پراکندگی) در سطح استان

- ○ بسیار راضی
- ○ راضی
- ○ ناراضی
- ○ بسیار ناراضی
- ○ نظری ندارم
- 9- میزان دسترسی به داروخانه طرف قرارداد (از لحاظ توزیع و پراکندگی) در سطح استان
  - ○ بسیار راضی
  - ○ راضی
  - ○ ناراضی
  - ○ بسیار ناراضی
  - ○ نظری ندارم
- 10- میزان دسترسی به دندانپزشکی طرف قرارداد (از لحاظ توزیع و پراکندگی) در سطح استان
  - ○ بسیار راضی
  - ○ راضی
  - ○ ناراضی
  - ○ بسیار ناراضی
  - ○ نظری ندارم
- 11- میزان رضایت شما از مدت زمان پرداخت هزینه های خسارت درمان (ویزیت ، دارو ، آزمایشگاه و پاراکلینیکی و... ) پس از ثبت در سیستم با توجه به تعهد بیمه گر(7روزکاری) چقدر است؟
  - ○ بسیار راضی
  - ○ راضی
  - ○ ناراضی
  - ○ بسیار ناراضی
  - ○ نظری ندارم
- 12- میزان رضایت شما به صورت کلی از خدمات شرکت بیمه چقدر است؟
  - ○ بسیار راضی
  - ○ راضی
  - ○ ناراضی
  - ○ بسیار ناراضی
  - ○ نظری ندارم
- -اگر پیشنهادی در خصوص عقد قرارداد با مراکز درمانی در شهرستان محل زندگی خود دارید ذکر فرمایید.



▪ Email این فیلد برای اعتبار سنجی است و باید بدون تغییر باقی بماند.

ارسال