

SINIESTRO		
CONSECUTIVO	AÑO	OFICINA

Estimado Asegurado

Nos permitimos solicitarle un momento de su tiempo para que nos conteste este breve cuestionario, el cual tiene como objetivo conocer su opinión acerca del servicio que le ofrecemos.

1. La atención del telefonista al reportar su siniestro fue:

☐ Excelente
 ☐ Buena
 ☐ Regular
 ☐ Mala

¿Por qué? _____

2. El tiempo que tardó en la línea para reportar su siniestro, lo consideró:

☐ Breve
 ☐ Razonable
 ☐ Regular

¿Por qué? _____

3. Su siniestro lo reportó a las _____ hrs. y el ajustador se presentó a las _____ hrs.

4. ¿Cómo calificaría la presentación del ajustador?

☐ Adecuada
 ☐ Regular
 ☐ Impropia
 ¿Por qué? _____

5. ¿La atención del ajustador fue?

☐ Excelente
 ☐ Buena
 ☐ Regular
 ☐ Mala

¿Por qué? _____

6. ¿El ajustador recuperó alguna cantidad del Responsable?

☐ Sí
 ☐ No
 ¿Cuánto? _____

7. ¿Elegió usted mismo el taller, según el listado mostrado por el ajustador?

☐ Sí
 ☐ No
 ¿Por qué? _____

8. ¿Elegió usted el hospital de nuestro catálogo de proveedores?

☐ Sí
 ☐ No
 ¿Por qué? _____
 Ubicación _____
 Prestigio _____ Otro _____

9. Comentarios Generales

Cualquier queja o sugerencia favor de reportarla directamente al 01 800 500 1500 ó al 5241 1030 dirigiéndose con el supervisor de cabina.

Datos del Asegurado:

Tel. Casa: _____ Nombre: _____

Tel. Of: _____ Puesto: _____

Tel Celular: _____

e-mail: _____ Fecha: _____ Firma: _____

NOTA IMPORTANTE: PARA EL SEGUIMIENTO ADECUADO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SU SINIESTRO ES DE SUMA IMPORTANCIA NOS PROPORCIONE SU CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO(S).

PARA USO EXCLUSIVO DEL AJUSTADOR

Siniestro turnado por el radio operador a las _____ hrs.

Informe: _____

Nombre del ajustador: _____ Fecha: _____