



Encuesta de servicio Ajuste en crucero

Día Mes Año

Nombre completo del asegurado (nombres, apellido paterno y materno)

Número de siniestro

Nombre completo del conductor (nombres, apellido paterno y materno)

Teléfono domicilio (incluir clave lada)

E-mail: (cuando cuentes con el)

Tu opinión es muy importante para nosotros

Con la finalidad de brindarte un servicio de calidad, te pedimos nos compartas tus comentarios respondiendo la siguiente encuesta. Agradeceremos llenes la presente al finalizar la atención del ajustador y con la información que refleje con mayor precisión la percepción de nuestro servicio.

Atención Call Center

1. ¿Cómo consideras la actitud y lenguaje del operador telefónico que tomó tu reporte? Malo Regular Bueno
2. ¿Recibiste una llamada indicándote el nombre del ajustador y el tiempo que tardaría en llegar? Si No

Atención del ajustador

3. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificas al ajustador en los siguientes aspectos?:
- a) Uniforme y pulcritud
- b) Actitud de servicio
- c) ¿Demostró capacidad técnica y de solución?
- d) ¿Aclaró tus dudas?

4. ¿Te ofrecieron nuestro servicio del Drive In (pago express) y explicaron la acreditación de propiedad? Si No

5. ¿Te explicaron el programa KPG y sus beneficios? ¿Te mostraron el directorio de KPG? Si No

6. Si no optaste por Programa KPG o Drive In y decidiste llevar tu vehículo a un taller NO KPG, ¿te explicaron el procedimiento a seguir? Si No

7. Si las partes involucradas no llegan a un acuerdo, se tiene la obligación de acudir a la autoridad correspondiente. ¿Te explicaron en qué consiste este proceso? Si No N/A

8. En caso de que tu siniestro requiera alguna verificación, ¿te informó el ajustador lo que esto representa? Si No N/A

9. ¿El ajustador te entregó folleto de siniestro? Si No

Atención general de servicio

10. En una escala de 0 a 10, ¿cómo evalúas el servicio brindado?

Agradeceremos tus valiosos comentarios y/o sugerencias

Esta encuesta será considerada para la aclaración de cualquier inconformidad respecto al servicio

Fecha Día Mes Año Firma _____

Nombre completo del asegurado (nombres, apellido paterno y materno)

Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y el aviso de privacidad que está a tu disposición en la página de Internet: www.aig.com.mx. Por favor consulta el aviso de privacidad antes de proporcionar tus datos.

