

مراجعه کننده گرامی

با سلام و احترام ،

از آنجا که سرلوحه برنامه های کاری امور بیمه و خدمات درمانی، ایجاد رضایت مندی کلیه مراجعه کنندگان می باشد، اعلام نظرات و پیشنهادات شما می تواند ما را به سمت برنامه ریزی های مناسب و نیز انجام اصلاحات مطلوب هدایت نماید. لذا خواهشمند است با تکمیل این فرم، ما را در بهبود کمی و کیفی اینگونه خدمات یاری فرمایید.

ردیف	شرح خدمات	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
۱	میزان رضایت از نحوه برخورد پرسنل واحد بیمه و خدمات درمانی شرکت سرمایه گذاری و توسعه کیش				
۲	در دسترس بودن همکاران واحد بیمه و خدمات درمانی شرکت سرمایه گذاری و توسعه کیش				
۳	انجام خدمات مربوطه در موعد مقرر توسط واحد بیمه و خدمات درمانی شرکت سرمایه گذاری و توسعه کیش				
۴	کیفیت خدمات ارائه شده توسط واحد بیمه و خدمات درمانی شرکت سرمایه گذاری و توسعه کیش				
۵	میزان رضایت از نحوه اطلاع رسانی از خدمات بیمه، مراکز تحت پوشش و سقف تعهدات توسط شرکت سرمایه گذاری و توسعه کیش				
۶	میزان اطلاع از اسناد و مدارک مورد نیاز بابت دریافت خسارات درمانی توسط شرکت سرمایه گذاری و توسعه کیش				
۷	میزان رضایت از نحوه برخورد پرسنل بیمه آسیا				
۸	میزان رضایت از نحوه اطلاع رسانی از خدمات بیمه، مراکز تحت پوشش و سقف تعهدات توسط بیمه آسیا				
۹	میزان اطلاع از اسناد و مدارک مورد نیاز بابت دریافت خسارات درمانی از بیمه آسیا				
۱۰	میزان رضایت از مدت زمان پرداخت هزینه های بیمه توسط بیمه آسیا				
۱۱	میزان رضایت از سرعت عمل صدور دفترچه های درمانی بیمه آسیا				
۱۲	پراکندگی جغرافیایی بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد با بیمه آسیا				
۱۳	امکانات و کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد با شرکت بیمه آسیا				
۱۴	میزان رضایت از سرعت صدور معرفی نامه توسط بیمه آسیا				
۱۵	میزان رضایت از هماهنگی مراکز طرف قرارداد با شرکت بیمه آسیا جهت بستری شدن به موقع بیمه شده				

بیمه شدگان محترم:

چنانچه در خصوص هر یک از موارد فوق و یا تسویه مطالبات درمانی بابت صورتحساب های ارائه شده و هزینه های درمانی سرپائی و بستری مشکل، نارسائی و یا شکایتی وجود دارد، می توانید مراتب را بصورت مصدق و با ارائه مستندات پیگیری و پاسخ مناسب دریافت دارید.

نظرات، پیشنهادات و راهکارها جهت بهبود عملکرد واحد بیمه و خدمات درمانی:

نام و نام خانوادگی :	نام شرکت :	سمت :	سن :
تحصیلات :	جنسیت :	میزان سابقه کار :	
محل سکونت :			

با تشکر

امور بیمه و خدمات درمانی