

## فرم ارزیابی بیمه دانا سال ۹۹-۱۴۰۰

اعضای محترم قرارداد بیمه درمان تکمیلی انجمن صنفی دریانوردان بیمه

قرارداد شماره ۶۴

با سلام و احترام

با عنایت به گذشت حدود ۸ ماه از همکاری (بیمه دانا)، به منظور بهره مندی از دیدگاه اعضای محترم در جهت بهبود و ارتقاء خدمات درمانی و رفع نقاط ضعف و تشدید نقاط قوت در قرارداد آتی، خواهشمند است میزان رضایتمندی خود از نحوه ی پوشش بیمه و درمان و عملکرد شرکت بیمه دانا و کارگزاری ۱۴۰۰ را با تکمیل فرم مذکور نقطه نظرات خود را به آدرس [afraziabi@ib1400.ir](mailto:afraziabi@ib1400.ir) و یا به شماره واتساپ ۰۹۱۲۸۳۵۰۶۲۲ ارسال نمایید.

<b>ارزیابی پوشش های بیمه درمان :</b>			
استفاده نشده	ضعیف	متوسط	خوب
			میزان رضایتمندی از سقف تعهد بیمارستانی و جراحی در قرارداد جاری
			میزان رضایتمندی از سقف تعهد پاراکلینیکی (سرپایی) در قرارداد جاری
			میزان رضایتمندی از سقف تعهدات دندانپزشکی، در قرارداد جاری به ازاء هر نفر ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
			میزان رضایتمندی از سقف تعهد عینک در قرارداد جاری به ازاء هر نفر (۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال)
			میزان اطلاع رسانی در خصوص قرارداد درمان از طریق اطلاعیه ها در گروه واتس آپ
			ارزیابی کلی از قرارداد درمانی
			میزان رضایتمندی از تعداد مراکز درمانی طرف قرارداد در بخش پاراکلینیکی (سرپایی)
			میزان رضایتمندی از تعداد مراکز طرف قرارداد در بخش بیمارستانی
			میزان رضایتمندی از نحوه بازپرداخت خسارت هزینه شده پاراکلینیکی (سرپایی) طبق قرارداد ۷ تا ۱۰ روز کاری در تهران و در شعب شهرستان یک ماه
			میزان رضایتمندی از نحوه بازپرداخت خسارت هزینه شده بیمارستانی در کلیه شعب یک ماه کاری
			<b>ارزیابی از شرکت بیمه دانا و مجری قرارداد کارگزاری ۱۴۰۰</b>
			میزان رضایتمندی از پاسخگویی کارشناسان بیمه دانا و مجری (کارگزاری ۱۴۰۰) به سوالات حضوری و غیر حضوری در تهران
			میزان رضایتمندی از پاسخگویی کارشناسان بیمه دانا و مجری (کارگزاری ۱۴۰۰) به سوالات حضوری در شعب شهرستان و غیر حضوری در تهران

\*برای تشکیل پرونده خسارت به کدام شعبه در کدام شهر مراجعه فرمودید؟

\* آیا از سایت بیمه دانا بازدید کردید و برای پیدا کردن مراکز طرف قرارداد درمانی از سایت کمک گرفته اید؟

بلی خیر

\* آیا تمایل به داشتن پوشش دارو های خارجی و مکمل دارید؟ (این پوشش حق بیمه را بالاتر می برد)

بلی خیر

\* آیا تمایل به تغییر فرانشیز بیمه نامه از ۳۰٪ به ۱۰٪ دارید؟ (این تغییر حق بیمه را حدودا تا ۲۰۰ هزار تومان در این قرارداد افزایش خواهد داد)

بلی

خیر

\* آیا تمایل به استفاده از خدمات بیمه گر دیگری جز بیمه دانا دارید یا خیر؟ چنانچه جواب بله هست کدام بیمه را ترجیح می دهید و چرا؟

بلی

خیر

\* آیا تمایل به استفاده مجدد از بیمه نامه درمان تکمیلی انجمن صنفی دریانوردان تجاری ایران دارید؟ اگر خیر لطفا دلیل خود را ذکر نمایید.

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

تاریخ و امضاء:

محل سکونت و شماره تماس: