

Dirección Médica Siniestros Personas.

**ENCUESTA DE EVALUACION EN ATENCION HOSPITALARIA
DE SINIESTROS GASTOS MEDICOS MAYORES**

Apreciable Asegurado:

Es para Seguros Atlas de suma importancia garantizar a todos nuestros Asegurados un excelente servicio. Por tal motivo requerimos de sus valiosos comentarios en cuanto a la atención que le fue proporcionada, con la finalidad de mejorar y brindarle siempre el servicio con la calidad que Usted se merece.

Por lo anterior le agradeceremos contestar lo siguiente:

- | | | | |
|--|----------------------|--------------------|-----------------|
| 1.- Recibió con oportunidad la visita del Médico visitador | si () | no () | |
| 2.- La presentación del Médico visitador le pareció adecuada | si () | no () | |
| 3.- El Médico visitador le explicó en qué consistía su autorización | si () | no () | |
| 4.- La asesoría y orientación sobre las coberturas autorizadas fueron claras | si () | no () | |
| 5.- Recibió trato amable del Médico visitador | si () | no () | |
| 6.- Al ingresar al Hospital reportó su ingreso a Seguros Atlas | si () | no () | |
| 7.- La asesoría y orientación fue adecuada | si () | no () | |
| 8.- El horario de la visita del Médico visitador fue adecuado | si () | no () | |
| 9.- El servicio que recibió del Médico visitador fue: | Excelente () | Regular () | Malo () |
| 10.- Le informaron sobre la documentación que debe presentar por reembolso | si () | no () | |
| 11.- Su agente le orientó adecuadamente del trámite a realizar | si () | no () | |
| 12.- Conoce usted las condiciones de su póliza | si () | no () | |
| 13.- Recibió con oportunidad su póliza | si () | no () | |
| 14.- Agradecemos sus comentarios o sugerencias que nos permita mejorar nuestro servicio. | | | |

IMPORTANTE: Favor de entregar en caja del Hospital para el envío con la factura.

Si tiene alguna duda, favor de comunicarse a los teléfonos:
91 77 51 44. Del Interior al 01 800 849 39 18

Si tiene alguna queja enviar a sugerenciasatlasmed@segurosatlas.com.mx

¡Gracias por permitirnos atenderle!

Teléfono _____

Nombre del Asegurado y firma _____

Hospital _____ Habitación _____

Día _____ Mes _____ Año _____