**فرم نظرسنجی بیمه تکمیل درمان**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نوع فعالیت | بسیار خوب | خوب | متوسط | ضعیف | بسیار ضعیف | توضیحات |
| 1 | نحوه پرداخت |  |  |  |  |  |  |
| 2 | نوع برخورد نماینده بیمه |  |  |  |  |  |  |
| 3 | زمان پرداخت |  |  |  |  |  |  |
| 4 | روزهای حضور نماینده در دانشگاه |  |  |  |  |  |  |
| 5 | عملکرد بیمه فعلی نسبت به بیمه های قبل |  |  |  |  |  |  |
|  نظرات و پیشنهادات:  |