

Анкета для оценки качества медицинских услуг добровольного медицинского страхования (ДМС) сотрудников компании «Альфа»

Пожалуйста, заполняйте Анкету в электронном виде

Ф.И. О. _____

1. Как Вы считаете, действующая в компании программа ДМС эффективна?

- Да
- Нет

2. Как Вы считаете, изменения в программе ДМС положительные (добавление перечня клиник с 01.07.15)?

- Да
- Нет

3. Отметьте лечебные учреждения, которые Вы посещали в рамках ДМС

I. Поликлиническое обслуживание

- Поликлиника 1
- Поликлиника 2
- Поликлиника 3
- Поликлиника 4
- Поликлиника 5
- Поликлиника 6

II. Стоматологическое обслуживание

- Стоматология 1
- Стоматология 2
- Стоматология 3
- Стоматология 4
- Стоматология 5

4. Укажите степень Вашей удовлетворенности действующей в компании программой ДМС

I. Поликлиническое обслуживание

- Отлично
- Хорошо
- Удовлетворительно
- Неудовлетворительно

II. Стоматологическое обслуживание

- Отлично
- Хорошо
- Удовлетворительно
- Неудовлетворительно

5. Услугами какого лечебного учреждения после обращения по программе ДМС Вы остались недовольны

I. Поликлиническое обслуживание

- Поликлиника 1
- Поликлиника 2
- Поликлиника 3
- Поликлиника 4
- Поликлиника 5
- Поликлиника 6

II. Стоматологическое обслуживание

- Стоматология 1
- Стоматология 2
- Стоматология 3
- Стоматология 4
- Стоматология 5

6. Услуги какого лечебного учреждения после обращения по программе ДМС Вам наиболее понравились

I. Поликлиническое обслуживание

- Поликлиника 1
- Поликлиника 2
- Поликлиника 3
- Поликлиника 4
- Поликлиника 5
- Поликлиника 6

II. Стоматологическое обслуживание

- Стоматология 1
- Стоматология 2
- Стоматология 3
- Стоматология 4
- Стоматология 5

7. Какие замечания, претензии или пожелания Вы имеете к услугам данных лечебных учреждений? Ваши комментарии:

8. Вы пользовались опцией «Вызов врача на дом» в рамках действующей в компании программы ДМС

- Да
- Нет

9. Если «ДА», укажите степень Вашей удовлетворенности данной опцией

- Отлично
- Хорошо
- Удовлетворительно
- Неудовлетворительно

10. Вы пользовались консультацией кураторов страховой компании

- Да
- Нет

11. Если да, то выберите Ф.И. О. куратора страховой компании, с которым Вы контактировали:

- Петрова Анна Александровна
- Иванова Ольга Петровна

12. Если «ДА», укажите степень Вашей удовлетворенности работой куратора, Ваши комментарии:

- Отлично
 - Хорошо
 - Удовлетворительно
 - Неудовлетворительно
 - Ваши комментарии:
-
-

13. Готовы ли Вы осуществить доплату за счет собственных средств на расширение пакета услуг по ДМС

- Да
- Нет

14. Ваш возраст

- 18 – 25 лет
- 26 – 35 лет
- 36 – 45 лет
- 46 – 55 лет
- 55 лет и старше

15. Хотели бы Вы принять участие в вакцинации от гриппа по программе ДМС

- Да
- Нет

Какие замечания, претензии или пожелания Вы имеете к действующей в компании программе ДМС? Ваши комментарии:

Спасибо, что нашли время, благодарим за Ваши ответы!

После заполнения анкеты необходимо сохранить и переслать в электронном виде Петровой Ольге, специалисту по управлению персоналом, до 01.03.16