

MÜŞTERİ ŞİKÂYET FORMU

Değerli Sigortalımız;

Şirketimizin ISO 10002 müşteri şikayet ve memnuniyeti standartları gereği hizmet akışımız veya başka sebeplerden dolayı oluşan memnuniyetsizliğinizi gidermek amacıyla bu form aracılığı ile bizlere iletmek istediğiniz şikayetinizi iletmenizi önemle rica ederiz. Formda bulunan tüm bilgileri eksiksiz doldurmanız önemlidir.

1.ŞİKAYETÇİ BİLGİLERİ

Adı / Kuruluş :

Adres :

Şehir :

Ülke :

Tel No :

Fax No :

E-posta :

Şikâyetçi vekilinin bilgileri (varsa)

Temas kurulacak kişi (yukarıdakinden farklı olduğunda):

2.POLİÇE BİLGİLERİ

Poliçe Numarası (biliniyorsa):

Poliçe Türü :

3.KARŞILAŞILAN SORUN

Ortaya çıkma tarihi :

Tarif :

Tarih :

İmza :

4. VAR İSE EKLER

Ekte yer alan dokümanların listesi :