



## ENCUESTA DE SERVICIO

O. TALLER: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NO° SINIESTRO: \_\_\_\_\_

VEHICULO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO O TERCERO: \_\_\_\_\_

1.- Al ingresar la unidad ¿Le informaron la fecha promesa de entrega?

☐

SI

☐

NO

☐

NO APLICA

2.- ¿En cuanto tiempo después de ingresar el vehículo al Taller le informaron de la fecha promesa?

☐

24 Hrs.

☐

48 Hrs.

☐

72 Hrs.

☐

NO APLICA

3.- ¿Esta se cumplió?

☐

SI

☐

NO

☐

NO APLICA

4.- ¿Recibió información por parte del personal del Taller cuando lo requirió?

☐

SI

☐

NO

☐

NO APLICA

5.- De acuerdo a los daños que presentaba su vehículo ¿Consideraba que el tiempo de reparación fue adecuado?

☐

SI

☐

NO

☐

NO APLICA

6.- ¿Como evalúa la calidad de la reparación del vehículo?

☐

BUENO

☐

REGULAR

☐

MALO

7.- Evaluando el servicio en general que recibió durante el proceso de reparación ¿Como lo Califica?

☐

BUENO

☐

REGULAR

☐

MALO

COMENTARIOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA Y TELÉFONO DEL ASEGURADO/TERCERO