

Формуляр за клиентска удовлетвореност

Уважаеми Клиенти,

Вашето мнение, оплакване или похвала ще бъде внимателно разгледано/а от Ръководството на „Кардиф Животозастраховане, Клон България” КЧТ и „Кардиф Общо Застраховане, Клон България” КЧТ. В срок от 3 работни дни* ще получите отговор по избрания от вас начин при необходимост!

Информация за Клиента:

Име: _____

ЕГН: _____

Номер на застрахователен договор: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

E-mail адрес: _____

Моля, в свободен текст опишете Вашето мнение, оплакване или похвала:

Очаквано действие от страна на Застрахователите:

Моля, отбележете по какъв начин бихте желали да получите обратна връзка от нас при необходимост:

- По телефон ;
- По електронна поща /e-mail;
- На посочения по горе адрес за кореспонденция

В случай, че желаете бихте могли да изпратите настоящия формуляр на нашия адрес по пощата с обратна разписка или куриер – гр. София, ПК 1000, ул. Христо Белчев 29, за „Кардиф Животозастраховане, Клон България” КЧТ и „Кардиф Общо Застраховане, Клон България” КЧТ

Благодарим предварително за отделеното време!

* С изключение на случаите, изискващи по-продължителна проверка от страна на Застрахователите

