Klarstig

Cuestionario sobre las necesidades de los miembros - Seguros

Describa sus necesidades y experiencia para que el equipo receptor pueda comprender las prioridades y planificar el siguiente paso. Utilice ejemplos cuando sea posible.

Contacto y referencia

Organización que utiliza este documento

Su nombre o referencia de contacto

Opcional. Déjelo en blanco si no desea identificarse en este borrador local.

Correo electrónico para responder, si es necesario

Información para este documento

¿Cómo gestiona esto actualmente? *

¿Cuál es su necesidad más importante? *

¿Qué lo dificulta? *

¿Cómo sería un resultado satisfactorio? *

¿Con qué frecuencia ocurre?

- ☐ A diario
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensual
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Primera vez

¿Qué cambio sería más útil?

Detalles específicos

Intereses o actividades relacionados con la afiliación

Complete este campo si corresponde a esta solicitud.

Ventajas, apoyo o eventos que le resultarían más útiles

Contexto operativo

Referencia de la póliza, servicio o caso

Complete este campo si corresponde a esta solicitud.

Fechas pertinentes, pruebas y contacto autorizado para la revisión

Limitaciones y qué requiere configuración

- Enviar el formulario guarda las respuestas en su espacio de trabajo. No aprueba, programa, cobra ni responde por sí solo, salvo que añada ese paso al flujo.
- Las notificaciones por correo, las aprobaciones, la generación de documentos y las conexiones con otros sistemas están disponibles, pero no se activan hasta que las configure.

¿Quiere ayuda para adaptar este formulario? Las nuevas organizaciones Free, Starter y Pro reciben cinco sesiones Platinum en total, de hasta 30 minutos cada una.

Klarstig / Daniel Petry · klarstig.ai · hello@klarstig.ai · support@klarstig.ai · 800-781-1775 · 11917 Laurel Ave., Forestville, CA 95436, USA