

FORMULAIRE DE RECLAMATION

Votre dénomination sociale _____

Votre N° SiREN _____

Adresse de Siège social
ou de votre Établissement _____

Vos Prénom & Nom _____

Vos Fonctions _____

Notre n° de Téléphone _____

Votre adresse de Courriel _____ @ _____ . _____

Prestataire de Services de Conseil en Risques & Assurances concerné par votre réclamation

Sa dénomination sociale _____

Votre interlocuteur habituel _____

RÉCLAMATION

indiquer de la manière la plus précise & complète possible, le motif de votre réclamation en précisant, le cas échéant, le n° du contrat d'assurance concerné

Liste des pièces jointes _____

Réclamation formulée le ____ / ____ / _____, à _____

Signature & Cachet