

# 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 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

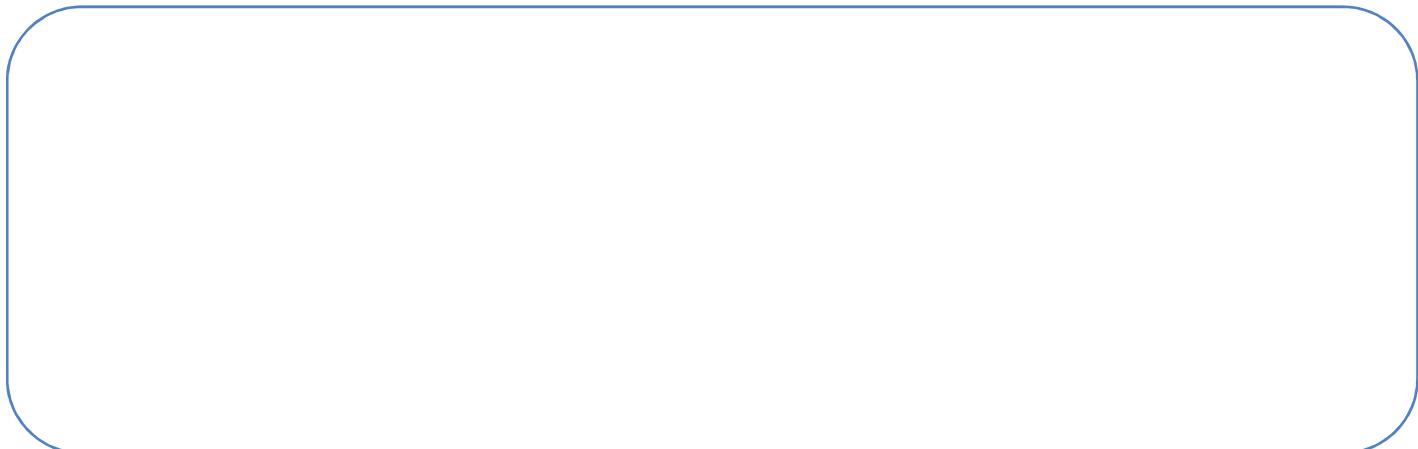
## **Prestataire de Services de Conseil en Risques & Assurances concerné par votre réclamation**

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