

1. VOS COORDONNÉES

M. Mme _____

Nom

Prénom

Numéro de contrat : _____

Adresse résidentielle

No, rue

Appartement

Ville

Province

Code postal

Courriel

Téléphone (domicile)

Téléphone (travail)

2. NOM DE LA PERSONNE QUI A TRAITER VOTRE DOSSIER :

3. IDENTIFICATION DU PRODUIT VISÉ PAR LA PLAINTÉ :

Assurance voyage

Assurance santé (findividuelle)

4. DESCRIPTION DE VOTRE PLAINTÉ :

Veillez expliquer la nature de votre plainte, y compris le préjudice que vous croyez avoir subi. Indiquez dans l'ordre chronologique les faits qui ont engendré votre plainte. Spécifiez les dates et heures précises, de même que les noms des personnes avec lesquelles vous avez communiqué (utilisez une feuille supplémentaire au besoin).

En remplissant le présent formulaire de plainte, quel résultat ou règlement souhaitez-vous obtenir?
Quelle solution proposez-vous ?

5. DATE DE VOTRE PLAINTÉ ET SIGNATURE :

Signature du plaignant

Date (AAA/MM/JJ)

Veillez joindre à votre formulaire de plainte toutes les copies des documents que vous considérez importants pour votre plainte, notamment une copie de chacun de vos contrat, proposition, ou tout autre document pertinent à votre requête. N'oubliez pas de conserver tous les originaux

Faire parvenir à : Relation Clientèle, Securiglobe, 6400 Avenue Auteuil, suite 100, Brossard
Québec, J4Z 3P5

Ou par courriel : satisfaction@securiglobe.com