

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 TRAITÉ VOTRE DOSSIER :

3. IDENTIFICATION DU PRODUIT VISÉ PAR LA PLAINTE :

Assurance voyage

Assurance santé (individuelle)

4. DESCRIPTION DE VOTRE PLAINTE :

Veuillez 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 PLAINTE ET SIGNATURE :

Signature du plaignant Date (AAAA/MM/JJ)

Veuillez 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 contrats, propositions ou tout autre document pertinent à votre requête. N'oubliez pas de conserver tous les originaux.

FORMULAIRE DE PLAINTE

FAITES PARVENIR À : Relations Clientèle, SécuriGlobe inc., 5005, boulevard Lapinière, bureau 2070
Brossard (Québec) J4Z 0N5 ou par courriel à : satisfaction@securiglobe.com