

1. VOS COORDONNÉES

☐ M. ☐ Mme

NomPrénom

Numéro de contrat :

Adresse résidentielle :

No., rueAppartementVille

ProvinceCode postalCourriel

Téléphone (domicile)Téléphone (travail)

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

3. IDENTIFICATION DU PRODUIT VISÉ PAR LA PLAINTÉ :

Assurance voyage☐

Assurance santé (individuelle)☐

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