

FORMULAIRE DE RECLAMATION CLIENT

DONNEES DE CONTACT

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Email :

Téléphone :

Votre qualité : ☐ Assuré ☐ Courtier ☐ Tiers

N° de contrat ou de sinistre :

VOTRE RECLAMATION

ENTITE VISEE PAR LA RECLAMATION :

☐ CEA ☐ AGEMI ☐ ASCCO ☐
ASSURTIS

SERVICE CONCERNE :

☐ ACCUEIL ☐ SOUSCRIPTION ☐ PRODUCTION
☐ SINISTRES ☐ COMPTABILITE ☐ AUTRE

OBJET DE VOTRE RECLAMATION (Décrire vos motifs de réclamation) :