



Formulaire de plainte, de témoignage ou commentaire



Instructions

L'assurance voyage et l'assurance complémentaire d'urgence médicale et accident sont des contrats de types : « contrat d'adhésion ». Cela signifie que ni vous, ni nous n'avons le contrôle sur la rédaction des clauses des contrats, que ce soit au niveau des protections, comme des exclusions. Si vous avez un commentaire ou plainte à formuler au niveau du contrat lui-même (protections, exclusions ou règlement de réclamation), une telle plainte ou commentaire doit être adressé à l'assureur et non à nous. Nous n'aurons aucun contrôle pour vous aider au niveau de tels éléments d'un contrat.

Toutefois, si vous avez un commentaire ou une plainte à formuler au niveau de la prestation de services que nous vous avons offerts, c'est ici que vous pouvez vous exprimer si vous ne l'avez pas déjà fait avec nous directement. Merci d'être précis dans les faits que vous allez relater et de détailler suffisamment ce que vous désirez exprimer.

Information du client concerné

Votre nom complet		Adresse postale incluant le code postal, la ville et le département	
Téléphone		Second téléphone	
Adresse courriel		Numéro de contrat ou de police	
Type d'assurance		Nom de l'assureur concerné	

Faits chronologiques

Date initiale :	<input type="text"/>
Besoin initial :	<input type="text"/>
Ce qui est arrivé :	<input type="text"/>
Problème vécu :	<input type="text"/>
Action faite :	<input type="text"/>
Suivi ou relance :	<input type="text"/>
Piste de solution ?	<input type="text"/>

Commentaires

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Signature

Signature de la personne expédiant ce formulaire

Nom

Nom de la personne expédiant ce formulaire (imprimer) et nous l'envoyer par courriel

Date de la signature

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MM	JJ	AA