

VOUS N'ÊTES PAS PLEINEMENT SATISFAIT ?

Faites-nous part de votre motif d'insatisfaction, nous analyserons votre demande et reviendrons vers vous dans les meilleurs délais.

Date de la réclamation :

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Nom : _____ Prénom : _____ N° adhésion : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

VOTRE CONTRAT

Santé Obsèques Prévoyance Vie IARD Autre : _____

MOTIF DE LA RÉCLAMATION

Souscription du contrat Sinistre / Prise en charge Résiliation / Fin de contrat
 Prime / Cotisation Gestion du contrat Autre : _____

DESCRIPTIF DE LA RÉCLAMATION :

MODE DE RÉPONSE SOUHAITÉ :

Mail Téléphone Courrier

CADRE RÉSERVÉ À L'ADEP

Conseiller ADEP : _____

Recommandations :

1^{ère} relance

2^{ème} relance

3^{ème} relance et plus