

## 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<sup>ère</sup> relance

2<sup>ème</sup> relance

3<sup>ème</sup> relance et plus