

Réclamation reçue :

- Par mail
- Par courrier
- Au bureau

FORMULAIRE DE RECLAMATION CLIENT

Nom	
Prénom	
Adresse	
Coordonnées téléphoniques	
Adresse mail	
N° de contrat sur lequel porte votre réclamation	
Nom de votre interlocuteur habituel	
Objet de votre réclamation (nous vous remercions d'être le plus précis possible dans l'énoncé de votre réclamation)	
Date et signature	

**NOS DOMAINES D'INTERVENTION : VOTRE PROTECTION SOCIALE
ÉPARGNE PERSONNELLE – PREVOYANCE SALARIE & NON SALARIE – RETRAITE COMPLÉMENTAIRE - ENTREPRISE**

25, rue de Mauves – 44470 THOUARE SUR LOIRE – Tel 02 40 77 56 25 – mail : contact@assurances-vincent.fr

S.A.R.L. de Courtage en Assurances au capital de 7200 € - siret 440 549 160 00016 – N.A.F 6622Z

Garantie financière et responsabilité civile n° 45856 C.G.P.A. conformes aux articles L530-1 et L530-2 du code de assurances – n° immatriculation ORIAS 07 008 061 sur www.orias.fr