



FORMULAIRE POUR PLAINTE CLIENT

Veillez remplir ce formulaire à remplir à l'aide de l'outil Remplir et Signer du logiciel Adobe Acrobat PDF Reader ou imprimer et compléter manuellement et le transmettre à :

lbrossard@assuranceslmb.com Attn : Lissa-Marie Brossard

Formulaire pour plainte client

Pour nous aider dans notre examen, veuillez remplir et signer le formulaire et nous envoyer les informations suivantes :

- Détails de la plainte qui a été transmise à la/les personne (s) avec qui vous avez un problème.
- Réponse que la/les personne (s) a fournie pour résoudre votre plainte.
- Tous les documents à l'appui de votre plainte (par exemple, contrats, pages de contrat, courriels, lettres envoyées ou reçues de la personne ou de l'entité, etc.). Vous pouvez joindre les documents séparément, si nécessaire.

Veillez noter que nous ne pouvons pas examiner ou résoudre votre plainte sans les informations demandées dans ce formulaire.

Informations client

Nom		Initiales	Prénom
Adresse postale			
Appartement	Numéro de rue	Nom de rue	
Ville		Province	Code Postale
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur (s'il a lieu)	Courriel

Vous désirez être contacté par ?

☐ Téléphone ☐ Courriel ☐ Lettre

Votre plainte concerne quel type de produit? Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique :

- ☐ Assurance accident et maladie ☐ Assurance vie
☐ Assurance invalidité ☐ Autre, spécifier: _____



La plainte est contre la personne/entité suivante :

Nom de l'individu : (si applicable) : _____ Nom de l'entité : (si applicable) : _____

telephone : _____ Courriel : _____

Détails de la plainte

La date à laquelle vous avez pris connaissance pour la première fois de la situation à l'origine de votre plainte : _____

Décrivez brièvement votre plainte. Incluez les faits et les documents pertinents à votre plainte. Vous pouvez joindre les documents séparément, si nécessaire.

Veuillez fournir le/les nom(s) et les coordonnées de la personne ou des personnes avec qui vous avez tenté de résoudre votre plainte :

Nom : _____ Courriel : _____ Téléphone : _____

À ce jour, quelles sont les mesures prises en vue de la résolution de votre plainte :

Documents à l'appui.

- ☐ J'ai joint toute la correspondance faisant référence au problème ou à la plainte.
- ☐ Je n'ai **pas** joint la correspondance faisant référence au problème ou à la plainte. Si vous n'avez joint aucune correspondance faisant référence à la plainte, veuillez expliquer pourquoi. Veuillez noter que



l'examen de votre plainte peut être retardé si vous ne fournissez pas de documents à l'appui de votre plainte.

Avis et consentement

Les renseignements personnels que vous avez fournis dans ce formulaire sont recueillis par Assurances LMB (LMB) pour enquêter sur votre plainte. Assurances LMB peut être amené à divulguer vos informations personnelles à des tiers dans le cadre de son examen ou de son enquête, si nécessaire. En signant ci-dessous, vous consentez à la divulgation par Assurances LMB des informations contenues dans ce formulaire et de toute information supplémentaire concernant votre plainte aux parties suivantes :

1. La ou les personnes et/ou entités nommées dans votre plainte
2. Les Assureurs et Agents Généraux Gestionnaires associés à votre réclamation
3. Toute agence ou association d'autorégulation ; et
4. Tout organisme d'application de la loi Canadienne.

Si Assurances LMB est tenu de partager vos informations personnelles avec une personne ou une entité non répertoriée ci-dessus pour résoudre votre plainte, vous serez contacté pour fournir un consentement supplémentaire. Si vous avez des questions sur la collecte et la divulgation de vos informations personnelles par Assurances LMB, veuillez communiquer avec :

Lissa-Marie Brossard à (514) 348-9422 ou lbrossard@assuranceslmb.com

Je consens par la présente à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par Assurances LMB des informations que j'ai soumises dans ma plainte, y compris mes informations personnelles aux entités énumérées ci-dessus.

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

Je ne consens pas à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par Assurances LMB des informations que j'ai soumises dans ma plainte.

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

MC 2024 Assurances LMB - tous les droits sont réservés.