



Cabinet Devorsine

COURTIER EN ASSURANCE • NANTES • PARIS

www.devorsine.com

FORMULAIRE DE RECLAMATION

IDENTIFICATION	
Nom Prénom et/ou dénomination société	
Adresse	
Téléphone fixe	
Téléphone mobile	
Adresse e-mail	
Votre interlocuteur habituel au sein du cabinet	
DOSSIER -- Indiquez, de la manière la plus précise et complète possible, le motif de votre réclamation	
Num de contrat ou de sinistre:	

Date :

Signature :



Membre du Groupe Cadre - www.cadrass.com - orias 07 033 321

«Garantie Financière et Responsabilité Civile et Professionnelle conformes aux Articles L 530-1 et L 530-2» du Code des Assurances

NANTES

7 rue Racine - B.P. 90117
44001 Nantes Cedex 1
Tél. 02 40 69 83 13 - Fax 02 40 69 56 37

Heures d'ouverture du lundi au vendredi

8h30 à 12h30 et 13h30 à 18h30

Adressez tout envoi postal vers Nantes

info@devorsine.com

PARIS

72 rue Lauriston
75016 Paris
Tél. 02 40 69 83 13