

Compagnie d'assurances : Co-operators CUMIS

Type d'assurance : (Cochez le type d'assurance qui fait l'objet de la demande.)

Auto Habitation Commerciale Agricole

Nom :	Date:
Adresse :	Numéro de police :
App. :	Téléphone à la maison :
Ville :	Cellulaire :
Province:	Courriel :
Code postal :	Téléphone au travail :
	poste:

J'ai déjà présenté mon désaccord aux personnes suivantes : [Fournir les noms et les dates]

Nom:	Dates approximatives :

Décrivez le problème non résolu. Les membres du Comité s'appuient sur l'information qu'ils reçoivent pour rendre leur décision, il est donc important de donner tous les détails : **(limite de 1500 caractères)**

Si vous avez besoin de plus d'espace que ce qui est prévu ci-dessous, veuillez joindre des documents supplémentaires.

Expliquez brièvement les démarches que vous avez effectuées pour tenter de régler le problème : (limite de 1000 caractères)

Si vous avez besoin de plus d'espace que ce qui est prévu ci-dessous, veuillez joindre des documents supplémentaires.

J'ai joint une copie de tous les documents pertinents. N'envoyez pas les originaux, car ils ne vous seront pas retournés.)

Énumérez les documents joints.

1.

2.

3.

4.

5.

Indiquez toute autre pièce jointe.

À votre avis, quelle serait une solution équitable au problème? (limite de 1000 caractères)

Si vous avez besoin de plus d'espace que ce qui est prévu ci-dessous, veuillez joindre des documents supplémentaires.

Divulgarion :

Je comprends et reconnais que :

- Co-operators utilisera les renseignements que j'ai fournis dans la demande ou qui y sont joints, ou qui lui sont autrement fournis, à des fins de vérification et de traitement de la demande.
- Co-operators peut communiquer à ses dirigeants, administrateurs, employés, entrepreneurs ou agents, les renseignements qui leur sont fournis, ou recueillir des renseignements auprès d'eux à des fins de vérification et pour s'assurer que toutes les mesures appropriées pour régler le problème ont été prises avant de présenter la demande au Comité.
- Co-operators partagera avec les membres du Comité les renseignements qui lui sont fournis ainsi que ceux qu'elle a obtenus pour parvenir à une entente de collaboration.

Je confirme que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, complets et exacts. Je reconnais que la production délibérée d'une fausse déclaration ou d'une affirmation trompeuse importante entraînera le refus de la demande par Co-operators.

Veillez signer et dater cette demande avant de la soumettre.

Signature

Date

Veillez faire parvenir le formulaire à :

Comité de révision du service
chez Conformité de l'entreprise
Co-operators
130 Macdonell St.
Guelph (Ontario) N1H 6P8

Vous pouvez également envoyer votre demande et tous les documents joints par courriel.

Courriel : serviceviewpanel@cooperators.ca

Vous recevrez un accusé réception de votre demande et serez avisé par écrit de la décision rendue par le Comité.