

FORMULE DE PLAINTE

Le surintendant des assurances fera part à la compagnie d'assurance faisant l'objet de votre plainte des renseignements contenus dans cette formule et de tout autre renseignement supplémentaire que vous fournissez relativement à votre plainte.

Vous pouvez communiquer avec la personne suivante si vous avez des questions au sujet de cette collecte de renseignements.

Surintendant des assurances
400, avenue St. Mary
bureau 500
Winnipeg MB R3C 4K5

Téléphone : (204) 945-2542
De l'extérieur de Winnipeg, sans frais : 1-800-655-5244

AUTORISATION POUR LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

J'autorise le surintendant des assurances à recueillir, à utiliser et à divulguer les renseignements contenus dans la présente formule de plainte. J'autorise également le surintendant des assurances à recueillir et à utiliser tout autre renseignement supplémentaire que je fournis relativement à ma plainte, et à en faire part à la compagnie d'assurance faisant l'objet de ma plainte, ainsi qu'à mon agent ou courtier d'assurance.

DATE _____ SIGNATURE _____

NOM (EN LETTRES MOULÉES) _____

.../2

FORMULE DE PLAINTE (suite)

Le surintendant des assurances du Manitoba réglemente les compagnies d'assurance en vertu de la *Loi sur les assurances*, et n'est pas habilité à régler les demandes d'indemnisation. On étudie les plaintes pour déterminer si une compagnie d'assurance a agi conformément à la *Loi sur les assurances*.

VEUILLEZ REMPLIR TOUTES LES SECTIONS EN FOURNISSANT LE PLUS DE RENSEIGNEMENTS POSSIBLE.

1. VOTRE NOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE () _____ Meilleure heure pour vous joindre _____

2. NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE (s'il s'agit d'une autre personne que celle indiquée au n° 1) _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE () _____

3. Avez-vous informé votre compagnie d'assurance de votre plainte?

OUI () NON ()

Dans la négative, veuillez communiquer avec votre compagnie d'assurance avant de remplir cette formule. Le surintendant des assurances du Manitoba ne traitera pas votre demande tant que vous n'aurez pas tenté de régler votre plainte vous-même.

4. Comment avez-vous communiqué avec la compagnie d'assurance?

EN PERSONNE () PAR TÉLÉPHONE () PAR LETTRE ()

FORMULE DE PLAINTE (suite)

5. PERSONNE JOINTE _____
TITRE _____
ADRESSE _____
6. NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE _____
ADRESSE _____
POLICE N° _____ DEMANDE D'INDEMNISATION N° _____
7. Quelle est votre plainte au sujet de la compagnie d'assurance? Décrivez-la brièvement.

8. Réponse de la personne à qui vous avez parlé.

Si vous avez communiqué par lettre avec la compagnie d'assurance, veuillez joindre une copie de votre lettre à cette formule. Veuillez joindre également une copie de la réponse de la compagnie, s'il y a lieu.

Veuillez joindre des copies (**N'ENVOYEZ PAS** d'originaux) de tous les documents concernant cette plainte.

N'ENVOYEZ PAS DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX.

Une fois qu'on aura étudié votre plainte, on communiquera avec vous par téléphone ou par la poste.