

**Renseignement client**

Nom(s) : M/Mme.....  
Prénoms:.....  
Adresse complète :.....Pays ..... Ville.....  
Identification : N°CNI  Passeport  Autres  N° :.....  
Date et lieu de Naissance:.....

**Renseignement dépôt**

Date :..... LIEU (Pays et ville) :.....  
Origine de la Requête: Institution Financière  Dépôt AU BIC  Courrier P/E\*  Autre :   
Personne ayant reçu la réclamation : M., Mme, Mlle .....

**Description de la réclamation**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Suivi réclamation**

N° d'enregistrement :.....		Action corrective apportée par :.....
Date de réception.....	Date de réponse:.....	Date de clôture :.....

**Commentaires**

.....  
.....  
.....

\*Courrier P/E : Courrier Physique ou Electronique

## FORMULAIRE DE RECLAMATION- PERSONNE PHYSIQUE

Date (JJ/MM/AAAA) :		
<b>I- IDENTIFICATION DU DEMANDEUR</b>		
1. Nom :	3. Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	
2. Prénom (s) :	4. Lieu de naissance :	
6. Nationalité :	5. Pays :	
8. Adresse :	7. Profession :	
	9. Numéro de téléphone :	11. Email :
	10. Numéro de télécopie :	
12. Veuillez préciser le (s) Nom (s) des fournisseurs de données avec lesquels vous êtes en relation :		
<b>II- OBJET DE LA RECLAMATION</b>		
13. Veuillez cocher les cases sur lesquelles porte la réclamation :		
<b>II.2.1. INFORMATIONS SUR LE CLIENT</b>		<b>Commentaires</b>
Numéro d'identifiant	<input type="checkbox"/>	
Nom	<input type="checkbox"/>	
Prénom (s)	<input type="checkbox"/>	
Sexe	<input type="checkbox"/>	
Date de naissance	<input type="checkbox"/>	
Pays de naissance	<input type="checkbox"/>	
Nationalité	<input type="checkbox"/>	
<b>II. 2. INFORMATIONS SUR LE CREDIT</b>		<b>Commentaires</b>
Montant initial du crédit contracté	<input type="checkbox"/>	
Taux d'intérêt	<input type="checkbox"/>	
Encours du crédit	<input type="checkbox"/>	
Montant des commissions payées	<input type="checkbox"/>	
Périodicité de remboursement	<input type="checkbox"/>	
Montant du remboursement périodique	<input type="checkbox"/>	
Garanties	<input type="checkbox"/>	
Nombre d'échéances restantes	<input type="checkbox"/>	
Nombre de paiement effectués en retard	<input type="checkbox"/>	
Nombre d'impayés	<input type="checkbox"/>	
Montant des impayés	<input type="checkbox"/>	
Autre (s) motif (s) (veuillez préciser) :	<input type="checkbox"/>	
14. Si vous êtes mandaté (e) pour initier cette réclamation, veuillez remplir cette partie et joindre un document attestant du mandat		
Nom :	Structure :	Numéro de pièce d'identité :
Prénom (s) :		
Fonction :	Numéro de téléphone :	
Adresse :	E-mail :	
Signature		
Précédée d la mention "Lu et Approuvé"		
Fait à :	Le :	