

Pour ajouter des informations supplémentaires à votre demande initiale, veuillez remplir le formulaire suivant.

SECTION I – IDENTIFICATION DU OU DES DEMANDEURS SUPPLÉMENTAIRES OU DES PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES VISÉES PAR LA RÉCLAMATION

Titulaire de permis	Réclamant	Autre (veuillez préciser) : _____
Personne supplémentaire 1		Numéro de permis (s'il y lieu) <input style="width: 100px;" type="text"/>
		M. Mme
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
NOM	PRÉNOM	
Adresse		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/>
NUMÉRO	RUE	APP. / BUREAU / LOCAL
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/>
MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL
<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
IND. RÉG.	N° DE TÉLÉPHONE (DOMICILE)	IND. RÉG.
		N° DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL)
		IND. RÉG.
		N° DE TÉLÉPHONE (CELLULAIRE)
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
ADRESSE COURRIEL		

Titulaire de permis	Réclamant	Autre (veuillez préciser) : _____
Personne supplémentaire 2		Numéro de permis (s'il y lieu) <input style="width: 100px;" type="text"/>
		M. Mme
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
NOM	PRÉNOM	
Adresse		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/>
NUMÉRO	RUE	APP. / BUREAU / LOCAL
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/>
MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL
<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
IND. RÉG.	N° DE TÉLÉPHONE (DOMICILE)	IND. RÉG.
		N° DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL)
		IND. RÉG.
		N° DE TÉLÉPHONE (CELLULAIRE)
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
ADRESSE COURRIEL		

NOTE :

N'oubliez pas de remplir la **SECTION IV** en guise de signature.

SECTION II – DESCRIPTION SUPPLÉMENTAIRE DES FAITS, DES REPROCHES OU DES DOMMAGES

Veillez décrire de façon détaillée l'historique des événements. Assurez-vous de bien décrire la problématique, les allégations et toutes informations additionnelles. Veuillez nous acheminer les documents écrits relatifs aux événements.

A large, empty rectangular area with a light gray background, intended for the user to provide detailed information as requested in the text above.

SECTION III – DÉCLARATIONS

J'atteste que les renseignements que renferme le présent formulaire sont véridiques.

Je m'engage à offrir au personnel du FARCIQ toute ma collaboration en fournissant, s'il y a lieu, des renseignements ou des documents supplémentaires qui pourraient être requis.

Je confirme avoir lu ces déclarations.

SECTION IV – SIGNATURE

SOUMETTRE L'ANNEXE – INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

En cochant la présente case, j'accepte de soumettre la présente annexe.

X

SIGNATURE

(JOUR/MOIS/ANNÉE)

SOUMETTRE L'ANNEXE – INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

En cochant la présente case, j'accepte de soumettre la présente annexe.

X

SIGNATURE

(JOUR/MOIS/ANNÉE)

SOUMETTRE L'ANNEXE – INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

En cochant la présente case, j'accepte de soumettre la présente annexe.

X

SIGNATURE

(JOUR/MOIS/ANNÉE)

SOUMETTRE L'ANNEXE – INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

En cochant la présente case, j'accepte de soumettre la présente annexe.

X

SIGNATURE

(JOUR/MOIS/ANNÉE)

Veillez signer le formulaire APRÈS avoir rempli TOUTES les sections.

VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOS DOCUMENTS
au FARCIQ, par courriel à ASSURANCE@FARCIQ.COM,
ou par la poste aux coordonnées indiquées ci-dessous.

Fonds d'assurance responsabilité professionnelle du courtage immobilier du Québec
4905, boulevard Lapinière, bureau 2800, Brossard (Québec) J4Z 0G2
450 656-5959 ou 1 866 956-5959 • assurance@farciq.com • farciq.com
