ANNEXE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

N° **15173*01**

Formulaire à compléter par vous-même (1re partie), par votre (vos) assureur(s) (2e partie) et à joindre à la demande d'aide juridictionnelle en cas de non-intervention de ce(s) dernier(s).

DEMANDE D'INTERVENTION AUPRES DE L'ASSUREUR

Loi n° 91- 647 du 10 juillet 1991

Décret n° 91-1266 du 19 décembre 1991

1re PARTIE : à remplir par le demandeur

Mme ☐ M. ☐ Votre nom de naissance : _____
Votre nom d'usage (nom d'époux(se) par exemple) : _____
Vos prénoms : _____
Votre adresse : _____
Code postal : |__|__|__|__|__| Commune: _____ Pays: _____
Votre numéro de téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Objet de la demande : Prise en charge par l'assureur avant toute demande d'aide juridictionnelle auprès du bureau d'aide juridictionnelle

Circonstances détaillées de l'événement : _____
_____
_____
_____
_____

Fait à _____ le |__|__|__|__|__|__|__|__| **Signature**:

2e PARTIE : ATTESTATION DE NON PRISE EN CHARGE à remplir par l'assureur chaque fois qu'il ne prend pas en charge le litige ou différend déclaré

Nom de la société :
_____
Référence Correspondant : _____
L'organisme d'assurance :
_____
atteste que le demandeur n'est pas couvert par un contrat garantissant le litige ou le différend déclaré.

L'organisme d'assurance déclare sincères et véritables les mentions de la présente.

Fait à _____ le |__|__|__|__|__|__|__|__| **Signature et cachet:**