MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Nous sommes là pour vous aider

15173*02

cerfa

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

Demande d'intervention auprès de l'assureur

Loi n°91- 647 du 10 juillet 1991
Décret n° 2020-1717 du 28 décembre 2020

1ère 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 : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Votre numéro de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse mail : _____

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:**

2ème 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:**