Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

cerfa N° 15173*01

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 AUPRES DE L'ASSUREUR

Loi n°91- 647 du 10 juillet 1991

Décret n° 91-1266 du 19 décembre 1991

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 : _____

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**:

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**: