



cerfa N° 15173\*01

Formulaire à compléter par vous-même (1<sup>ère</sup> partie), par votre (vos) assureur(s) (2<sup>ème</sup> 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

### 1<sup>ère</sup> 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:

### 2<sup>ème</sup> 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: