

Demande de protection juridique santé

Preneur d'assurance

N° de référence _____	Assurance maladie, Association, Syndicat _____
Nom _____	N° de police _____
Prénom _____	Date de naissance _____
Rue _____	Tél. privé _____
NPA, localité _____	Tél. professionnel _____
Compte postal ou bancaire _____	E-Mail _____

Nom et prénom de la personne assurée désirant la protection juridique, à compléter uniquement si cette personne n'est pas identique au preneur d'assurance.

Comment et quand l'erreur de traitement s'est-elle produite ?

Description détaillée souhaitée et joindre tout document utile, merci. _____

Qui a commis l'erreur de traitement ?

Nom _____

Adresse _____ NPA, localité _____

Autre assurance de protection juridique

Êtes-vous au bénéfice d'une autre assurance de protection juridique? oui non

Si oui, auprès de quelle compagnie? _____

Eventuelle intervention d'un avocat externe

Nous laissez-vous le choix de l'avocat? oui non

Si non, quel avocat proposez-vous? _____

Lieu, date _____

Signature _____

Annexes
