



N° 15980\*01

## Requête aux fins de saisine du tribunal de grande instance en matière de contentieux général et technique de la sécurité sociale et de l'aide sociale

(Articles 58 du code de procédure civile  
et articles L142-1, L. 142-2, L. 142-3 et R. 142-10-1  
du code de la sécurité sociale)

### Cadre réservé au greffe :

Numéro RG :

Requête reçue le :

**Pour saisir le tribunal de grande instance d'une contestation en matière de contentieux, général ou technique de la sécurité sociale, et de l'aide sociale, nous vous invitons à prendre connaissance de la notice n° 52284 avant de remplir ce formulaire.**

Vous voudrez bien renseigner les rubriques vous concernant, joindre les pièces justificatives, dater et signer votre requête. La présente requête, accompagnée de ses documents, doit être remise au Service d'Accueil Unique du Justiciable (SAUJ) compétent ou adressée au tribunal, par lettre recommandée avec accusé de réception.

### Votre demande :

Vous demandez la convocation de votre adversaire (défendeur) devant le tribunal de grande instance.

**Avez-vous déjà déposé un dossier concernant la même affaire devant le tribunal de grande instance ?**

Oui       Non

**Avez-vous déposé une demande d'aide juridictionnelle :**

Oui       Non

**Si oui, Une décision a-t-elle été rendue par le bureau de l'aide juridictionnelle ?**

Oui       Non

Si oui, indiquer la date et la référence de la décision rendue par le bureau d'aide juridictionnelle :

\_\_\_\_\_

**Votre identité :**

**Si vous êtes une personne physique :**

Madame       Monsieur

Votre nom (de naissance) : \_\_\_\_\_

Votre nom d'usage (ex. nom d'épouse / d'époux) : \_\_\_\_\_

Vos prénoms : \_\_\_\_\_

Vos date et lieu de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

à \_\_\_\_\_

Votre nationalité : \_\_\_\_\_

Votre profession : \_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Si vous êtes assisté(e) d'un/une :  Curateur       personne habilitée par le juge

Son nom : \_\_\_\_\_

Son prénom : \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

**Si vous êtes un mineur non émancipé :**

Préciser l'identité de votre représentant légal :  père ou mère

Son nom : \_\_\_\_\_

Son prénom : \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

**Si vous représentez un majeur protégé, précisez votre identité :**

Madame       Monsieur

Votre nom (de naissance) : \_\_\_\_\_

Votre nom d'usage (ex. nom d'épouse / d'époux) : \_\_\_\_\_

Votre prénom : \_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de :

mandataire (sauvegarde de justice ou mandat de protection future)

tuteur

personne habilitée par le juge

**Si vous êtes une personne morale :**

Votre forme juridique (SA, SARL, SAS, SNC, EURL, Association, ...) : \_\_\_\_\_

Votre dénomination : \_\_\_\_\_

L'adresse de votre siège social : \_\_\_\_\_

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Son représentant légal : \_\_\_\_\_

Ses nom et prénoms : \_\_\_\_\_

**Personne physique ou morale, vous êtes invité(e) à communiquer les informations suivantes :**

Votre adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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

**Assistance ou représentation :**

**Si vous êtes assisté(e) ou représenté(e), vous devez renseigner les rubriques ci-dessous :**

Madame       Monsieur       Maître

Son nom (de naissance) : \_\_\_\_\_

Son nom d'usage (ex. nom d'épouse / d'époux) : \_\_\_\_\_

Son prénom : \_\_\_\_\_

Sa qualité :  avocat

En ligne directe :

ascendant

descendant

- conjoint    partenaire de PACS    concubin
- travailleur salarié, employeur ou travailleur indépendant exerçant la même profession
- représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou des organisations professionnelles d'employeurs
- administrateur ou un employé de l'organisme partie à l'instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale
- délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives ou des associations régulièrement constituées depuis cinq ans au moins pour oeuvrer dans les domaines des droits économiques et sociaux des usagers ainsi que dans ceux de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la pauvreté professionnelles d'employeurs
- représentant du conseil départemental
- agent d'une personne publique partie à l'instance

Le représentant doit, s'il n'est pas avocat, justifier d'un pouvoir spécial (voir notice)

Son adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Son adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

## Identité de votre adversaire (défendeur) :

### S'il s'agit d'une personne physique :

Madame                       Monsieur

Son nom de famille (naissance) : \_\_\_\_\_

Son nom d'usage (ex. d'époux / d'épouse) : \_\_\_\_\_

Ses prénoms : \_\_\_\_\_

Ses date et lieu de naissance : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | à \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

**S'il s'agit d'un organisme de sécurité sociale, d'une personne publique ou d'une autorité administrative :**

Sa dénomination : \_\_\_\_\_  
L'adresse de son siège social : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_

**S'il s'agit d'une personne morale non mentionnée ci-dessus :**

Sa forme juridique (SA, SARL, SAS, SNC, EURL, Association, ...) : \_\_\_\_\_  
Sa dénomination : \_\_\_\_\_  
Son activité principale : \_\_\_\_\_  
L'adresse de son siège social : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_

**Si vous avez plusieurs adversaires : identité de l'autre adversaire (défendeur) :**

**Si votre autre adversaire est une personne physique, remplissez les rubriques suivantes :**

Madame                       Monsieur  
Son nom de famille (naissance) : \_\_\_\_\_  
Son nom d'usage (ex. d'époux / d'épouse) : \_\_\_\_\_  
Ses prénoms : \_\_\_\_\_  
Son adresse : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_

**Si votre autre adversaire est une personne morale, remplissez les rubriques suivantes :**

Forme (SA, SARL, EURL, SCI, SCP, ...) : \_\_\_\_\_  
Sa dénomination : \_\_\_\_\_  
Représentée par : \_\_\_\_\_  
Adresse de son siège social : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_



### **Contentieux général de la sécurité sociale (hors médical)**

- Contestation d'une décision d'un organisme portant sur l'immatriculation, l'affiliation ou un refus de reconnaissance d'un droit
  - Demande d'annulation d'une mise en demeure ou d'une contrainte
  - Demande relative aux cotisations, prestations ou allocations
  - Demande relative à une élection à un organisme de protection sociale
  - Non respect du principe du contradictoire dans l'instruction par l'organisme de sécurité sociale du dossier d'accident du travail ou de maladie professionnelle
  - Contestation de la matérialité du fait accidentel
  - Non respect du délai de prise en charge par l'organisme de sécurité sociale en matière de maladie professionnelle
  - Autre litige : \_\_\_\_\_
- 

### **Contentieux général de la sécurité sociale (de nature médicale)**

- Demandes relatives à une maladie professionnelle autres que celles concernant les conditions administratives de reconnaissance
  - Expertise médicale
  - Arrêts de travail
  - Demandes relatives à un accident du travail (caractère professionnel des lésions initiales et des nouvelles lésions)
  - Contestation de la date de consolidation
  - Autre litige : \_\_\_\_\_
- 

### **Contentieux technique (médical ou handicap)**

- Incapacité et inaptitude
  - Taux de l'incapacité
  - Expertise médicale
  - Majeur handicapé – Contestation d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
  - Mineur handicapé – Contestation d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
  - Autre litige : \_\_\_\_\_
- 

### **Contentieux de l'aide sociale (Contestation d'une décision relative à une allocation)**

- Contestation d'une décision en matière de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) prévue à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale.

- Contestation d'une décision en matière d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) prévue à l'article L.863-1 du code de la sécurité sociale.
- Contestation d'une décision en matière d'allocation différentielle aux adultes handicapés prévue à l'article L.241-2 du code de l'action sociale et des familles
- Contestation d'une décision du président du conseil départemental en matière de prestation de compensation accordée aux personnes handicapées (PCH) prévue à l'article L.245-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) ;
- Contestation d'une décision en matière de recours exercé par l'Etat ou le département en application de l'article L.132-8 du code de l'action sociale et des familles (recours en récupération) ;
- Contestation d'une décision de récupération par le conseil départemental d'aide à l'hébergement de personnes âgées ou handicapées en présence d'obligés alimentaires en application de l'article L.132-6 du code de l'action sociale et des familles
  
- Autre litige : \_\_\_\_\_

**Autres demandes :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Exposé sommaire des motifs de votre demande :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## En cas de litige d'ordre médical :

**Veillez indiquer les coordonnées du médecin que vous désignez pour recevoir les documents médicaux :**

Madame  Monsieur

Son nom : \_\_\_\_\_

Son prénom : \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

## Votre consentement à la transmission électronique des avis, réceptionnés, convocations

Vous souhaitez consentir à la transmission électronique des avis, réceptionnés et convocations adressés par le greffe à une partie par tous moyens, par lettre simple ou par lettre recommandée.

Vous devez pour cela remplir le formulaire cerfa n° 15414 "Consentement à la transmission par voie électronique".

## Signature de la demande :

Je soussigné(e) (Prénom, Nom) \_\_\_\_\_, certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

J'ai bien pris note que ma requête doit être accompagnée des pièces justifiant mes demandes et du bordereau, joint en page 9, signé et daté où elles sont énumérées. L'ensemble des documents doit être remis ou transmis par lettre recommandée avec accusé de réception au greffe, en deux exemplaires.

J'ai bien pris note que je dois adresser à mon (mes) adversaire (s) ces mêmes pièces accompagnées du bordereau avant la première audience (voir notice).

Fait le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| à \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur et/ou du représentant légal :**

**La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires de ce formulaire.**