

EN L'AFFAIRE CONCERNANT une demande de tarification déposée par

\_\_\_\_\_  
(assureur)

et une audience devant être tenue par la Commission en date du

\_\_\_\_\_  
(date figurant sur l'avis d'audience)

FORMULAIRE 2  
**ASSIGNATION D'UN TÉMOIN**

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À LA PARTIE DÉSIRANT FAIRE COMPARAÎTRE  
UN TÉMOIN**

- ***Vous devez remplir ce formulaire et le présenter à la Commission des assurances du Nouveau-Brunswick pour être signée avant de signifier.***
- ***Ce formulaire doit être entièrement rempli et lisible.***

À :

VOUS ÊTES PAR LA PRÉSENTE CONVOQUÉ(E) ET REQUIS(E) DE COMPARAÎTRE À UNE  
AUDIENCE DEVANT LA  
**COMMISSION DES ASSURANCES DU NOUVEAU-BRUNSWICK** LE

\_\_\_\_\_  
(date)

À L'ADRESSE CI-APRÈS :

---

---

---

---

OU AU NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CI-APRÈS :

---

*(s'il s'agit d'une audience par voie électronique)*

Les enjeux sur lesquels vous serez appelé(e) à témoigner sont :

---

---

---

---

---

---

---

Les documents que vous apportez avec vous sont :

---

---

---

---

---

---

---

**AVIS**

- Une copie des Directives de la procédure d'audience applicables à la présente audience peut être obtenue en communiquant avec la secrétaire de la Commission au 506-643-7710 ou au 1-866-876-9666.
- Une fois que cette assignation à témoigner a été signifiée à un témoin, si vous omettez de comparaître, un mandat pourra être émis.
- Le refus de répondre à toute question légitime ou de produire les documents répertoriés peut entraîner un mandat et un emprisonnement.

\_\_\_\_\_  
PRÉSIDENT de la  
COMMISSION DES ASSURANCES DU NOUVEAU-BRUNSWICK

\_\_\_\_\_  
Date

**LES DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS PEUVENT ÊTRE ACHÉMINÉES** à la partie requérant cette assignation :

*Nom*

*Adresse*

*Ville, province, code postal*

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

*Téléphone (jour)*

*Cellulaire*

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

*Télécopieur*

*Courriel*