



**DECLARATION**

**A RENSEIGNER IMPERATIVEMENT DANS  
LES 5 JOURS SUIVANTS LES FAITS**

**MERCI DE COCHER LE CONTRAT CONCERNE :**

- Assurance Scolaire « International »                       Assurance scolaire en France
- Etudiant Assistance                       Student Care                       Solution Schenghen
- Responsabilité Civile Expatriés

**COORDONNEES DE L'ASSURE**

**N° DE CONTRAT :**

NOM et PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

EMAIL .....

ADRESSE POSTALE .....

BENEFICIEZ-VOUS D'UN REGIME OBLIGATOIRE DE  
SANTE ?.....:

OUI  NON

SI OUI, NOM, N° DE CONTRAT ET ADRESSE..... :

**MERCI D'ADRESSER CE DOCUMENT PAR EMAIL OU PAR COURRIER A L'ADRESSE CI-DESSOUS :**

**CGEA**  
**37, rue des Murlins BP 1845**  
**45008 ORLEANS Cedex - FRANCE**  
**TEL 332.38.65.44.56 - FAX 332.38.62.90.93**  
**Email : [contact@expat-care.com](mailto:contact@expat-care.com)**

**TYPE DU SINISTRE :  Accident  Maladie**

(la maladie est garantie uniquement dans les contrats suivants : Etudiant Assistance, Student Care et Solution Schenghen).

DATE DES FAITS ..... :

LIEU DU SINISTRE ..... :

CAUSES ET CIRCONSTANCES ..... :

NATURE DES BLESSURES ..... :

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN ..... :

DATE DE LA PREMIERE VISITE ..... :

(Joindre le certificat médical de constatation des blessures ou ordonnance)

NOM ET ADRESSE DU TEMOIN DE L'ACCIDENT

**DEGATS MATERIELS AUX TIERS :  OUI  NON**

DATE DES FAITS ..... :

LIEU DU SINISTRE ..... :

CAUSES ET CIRCONSTANCES ..... :

NATURE DU DOMMAGE MATERIEL.... :

NOM ET ADRESSE DU TIERS..... :

**DATE :**

**SIGNATURE :**

**MERCI D'ADRESSER CE DOCUMENT PAR EMAIL OU PAR COURRIER A L'ADRESSE CI-DESSOUS :**

**CGEA  
37, rue des Murlins BP 1845  
45008 ORLEANS Cedex - FRANCE  
TEL 332.38.65.44.56 - FAX 332.38.62.90.93**

**Email : [contact@expat-care.com](mailto:contact@expat-care.com)**