



C. G. E. A.

DECLARATION

**A RENSEIGNER IMPERATIVEMENT DANS
LES 5 JOURS SUIVANTS LES FAITS : EN
CAS D'ACCIDENTS**

MERCI DE COCHER LE CONTRAT CONCERNE :

- Assurance Scolaire Internationale Assurance scolaire en France
- Etudiant Assistance Student Care Assistance Mobilité
- 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 CS 81845
45008 ORLEANS Cedex 1 - FRANCE
TEL 332.38.65.44.56 - FAX 332.38.62.90.93
Email : cgea@expat-care.com**

TYPE DU SINISTRE : Accident Maladie

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

DATE DES FAITS :

LIEU :

RAISONS ET CIRCONSTANCES DE LA MALADIE/DE L'ACCIDENT:

NATURE DES SOINS/MALADIE :

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 CS 81845
45008 ORLEANS Cedex 1 - FRANCE
TEL 332.38.65.44.56 - FAX 332.38.62.90.93
Email : cgea@expat-care.com**



C. G. E. A.

DEMANDE D'INDEMNISATION

RELEVÉ DES FRAIS

**N° DE DOSSIER A RAPPELER
IMPERATIVEMENT :**

COORDONNEES DE L'ASSURE

NOM et PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

EMAIL :

ADRESSE POSTALE :

Date des Soins	Nature des Frais Engagés	Frais réels en devise

TOTAL :

Merci de joindre vos décomptes de prises en charge de vos organismes sociaux ou les factures des soins(en absence d'assurance santé) engagés et vos coordonnées bancaires complètes (règlement en devises à votre demande).

Pour tout remboursement par chèque, merci de nous indiquer le nom du bénéficiaire.

➤ LE SINISTRE PEUT-IL NECESSITER DES SOINS ULTERIEURS ?

O OUI

O NON

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 : cgea@expat-care.com