



**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**

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

**TYPE DU SINISTRE : O Accident O 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 :\_O OUI O 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**

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

<b>Date des Soins</b>	<b>Nature des Frais Engagés</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Montants à rembourser</b>

**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**

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