

DÉCLARATION

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

MERCI DE COCHER LE CONTRAT CONCERNÉ :

- Assurance Scolaire Internationale Assurance scolaire en France
- Étudiant Assistance Student Care Assistance Mobilité
- Responsabilité Civile Expatriés.....

COORDONNÉES DE L'ASSURÉ

N° DE CONTRAT :

NOM et PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

EMAIL

ADRESSE POSTALE

TÉLÉPHONE.....

BÉNÉFICIEZ-VOUS D'UNE ASSURANCE « SANTÉ »
LOCALE OU PRIVÉE ET/OU D'UNE
COMPLÉMENTAIRE.....

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 ASSURANCE VOYAGE ET EXPATRIATION
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 VISITE CHEZ LE MÉDECIN :

NATURE DES SOINS/MALADIE :

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN :

DATE DE LA PREMIÈRE VISITE . :

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

NOM ET ADRESSE DU TÉMOIN DE L'ACCIDENT

DÉGATS CORPORELS OU MATÉRIELS CAUSÉS À UN TIERS : OUI NON

DATE DES FAITS :

LIEU DU SINISTRE :

CAUSES ET CIRCONSTANCES :

NATURE DU DOMMAGE MATÉRIEL.... :

NOM ET ADRESSE DU TIERS..... :

DATE :

SIGNATURE :

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

**CGEA ASSURANCE VOYAGE ET EXPATRIATION
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