

**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 GEODESK**  
**4 passage de la râpe, Immeuble Val de Loire CS 31635**  
**45006 ORLEANS Cedex - FRANCE**  
**TEL 332.38.65.44.56 Email : [cgea@expat-care.com](mailto: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 GEODESK  
4 passage de la râpe, Immeuble Val de Loire CS 31635  
45006 ORLEANS Cedex - FRANCE  
TEL 332.38.65.44.56 Email : [cgea@expat-care.com](mailto:cgea@expat-care.com)**