

DÉCLARATION DE SINISTRE

CLAIM REPORT

À RENSEIGNER IMPÉRATIVEMENT DANS LES 5 JOURS SUIVANT LES FAITS
To be completed within 5 days of the event

Comment remplir ce formulaire / How to fill in this form

Les champs marqués * sont obligatoires. / fields marked * are compulsory

Envoyez le formulaire et les justificatifs à / Send the form and supporting documents cgea@geodesk.fr

1 CONTRAT CONCERNE *Insurance Contract*

☐ Assurance Scolaire Internationale Elève	☐ Assurance scolaire Internationale Professeur
☐ Etudiant Assistance	☐ Student Care
☐ Assistance Mobilité	☐ Responsabilité Civile Expatriés

N° de contrat * <i>Contract number</i>	N° de dossier <i>File number (if known)</i>
---	--

2 L'ASSURE *Insured Person*

Nom * <i>Last name</i>	Prénom * <i>First name</i>
Date de naissance * <i>Date of birth</i>	Nationalité <i>Nationality</i>
E-mail * <i>E-mail</i>	Téléphone * <i>Phone</i>
Adresse * <i>Address</i>	
Code postal / Ville * <i>Postcode / City</i>	Pays * <i>Country</i>
Établissement <i>School / University</i>	

3 REGIME OBLIGATOIRE DE SANTE *Mandatory Health Insurance*

Bénéficiez-vous d'un régime obligatoire de santé ? * <i>Are you covered by a public / mandatory health scheme?</i>	☐ Oui / Yes ☐ Non / No
Nom de l'organisme <i>Insurer name</i>	N° de contrat <i>Policy number</i>
Adresse de l'organisme <i>Insurer address</i>	

4

LE SINISTRE *The Claim***Type de sinistre ***
Type of claim☐ Accident ☐ Maladie / Illness**LA MALADIE N'EST GARANTIE QUE DANS LES CONTRATS ETUDIANT ASSISTANCE, STUDENT CARE ET ASSISTANCE MOBILITE.****COVER FOR ILLNESS IS ONLY PROVIDED UNDER THE FOLLOWING POLICIES: ETUDIANT ASSISTANCE, STUDENT CARE AND ASSISTANCE MOBILITE.**

Date des faits * <i>Date of event</i>	/ /	Heure <i>Time</i>	
Lieu du sinistre * <i>Place of event</i>		Ville / Pays * <i>City / Country</i>	
Contexte <i>Context</i>		Partie du corps <i>Body part injured</i>	
Circonstances détaillés * <i>Detailed Circumstances</i>			
Motif de consultation / blessures * <i>Injuries / diagnosis</i>			
Nature des soins * <i>Treatment</i>			
Date de la 1^{re} visite médicale * <i>Date of first medical visit</i>	/ /	Médecin / Hôpital <i>Doctor / Hospital</i>	
Témoin(s) <i>Witness(es) – name & address</i>			

JOIGNEZ LE CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTATATION DES BLESSURES OU L'ORDONNANCE.**PLEASE ENCLOSE THE MEDICAL CERTIFICATE DETAILING THE INJURIES OR THE DOCTOR'S PRESCRIPTION**

5 **DEGATS MATERIELS CAUSES A DES TIERS** *Damage to third parties*

Y a-t-il des dégâts matériels aux tiers ? * <i>Any damage to third-party property?</i>	☐ Oui / Yes ☐ Non / No → Si non, passez à la section 6		
Date des faits <i>Date of event</i>	/ /	Lieu du sinistre <i>Place</i>	
Causes et circonstances <i>Causes & circumstances</i>			
Nature du dommage matériel <i>Nature of damage</i>			
Nom et adresse du tiers <i>Third party – name & address</i>			

6 **PIECES JUSTIFICATIVES JOINTES** *Supporting documents*

☐ Certificat médical initial <i>Medical certificate</i>	☐ Ordonnance <i>Prescription</i>
☐ Factures / devis <i>Invoices / quotes</i>	☐ Rapport d'incident (école, police...) <i>Incident report</i>
☐ Attestation de témoin <i>Witness statement</i>	☐ Photos des dommages <i>Photos of damage</i>

7 **DECLARANT ET SIGNATURE** *Declarant & signature*

Nom et prénom du déclarant * <i>Declarant's name</i>		Qualité * <i>Capacity</i>	
--	--	-------------------------------------	--

☐ **Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.**
I certify that the information declared is accurate.

Fait à * <i>Place</i>		Le * <i>Date</i>	/ /
Signature * <i>Signature</i>	<i>signature and the institution's stamp</i>		