

DEMANDE D'INDEMNISATION CLAIM FORM

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 VOTRE DOSSIER Your file

N° de dossier * File number		Date de la demande * Date of claim	/ /
---------------------------------------	--	--	-----

2 L'ASSURE Insured Person

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

3 LE SINISTRE The claim

Date du sinistre * Date of event	/ /	Pays de survenance * Country of event	
Nature du sinistre * Type of claim		Soins ultérieurs ? * Further treatment?	☐ Oui / Yes ☐ Non / No
Description Brief description			

4 RELEVÉ DE FRAIS *Statement of expenses*

N° #	Date des soins Date	Nature des frais engagés Type of expenses	Montant Amount	Devise Currency	Facture jointe Invoice attached
1	/ /				☐
2	/ /				☐
3	/ /				☐
4	/ /				☐
5	/ /				☐
6	/ /				☐
7	/ /				☐
8	/ /				☐
TOTAL DES FRAIS / Total					

Joignez les factures acquittées ou, si vous disposez d'une assurance santé. Ainsi que les décomptes de prise en charge de vos organismes sociaux.

Please enclose the paid invoices or, if you have health insurance, as well as the statements of cover from your social security organisations.

Le sinistre peut-il nécessiter des soins ultérieurs ? * <i>Further treatment required ?</i>	☐ Oui / Yes ☐ Non / No
---	--

5 PIÈCES JUSTIFICATIVES JOINTES *Supporting documents*

☐ Factures acquittées <i>Paid invoices</i>	☐ Décomptes des organismes sociaux <i>Social security statements</i>
☐ Ordonnances / prescriptions <i>Prescriptions</i>	☐ Rapport ou certificat médical <i>Medical report</i>
☐ Copie du passeport / carte d'assuré <i>Passport / insurance card</i>	☐ Relevé d'identité bancaire (RIB) <i>Bank details</i>

6 COORDONNEES BANCAIRES *Bank details*

Toute information manquante retardera le traitement du dossier ou refus d'indemnisation

Any missing information will delay the processing of the claim or result in the insurer rejecting it.

Nom de la banque * <i>Bank name</i>			
Adresse de la banque * <i>Bank address</i>			
IBAN ou routing code * <i>IBAN / routing code</i>			
BIC / SWIFT * <i>Obligatoire / Mandatory</i>		Devise du compte * <i>Account currency</i>	
N° de compte <i>Account number</i>			

Titulaire du compte / Account holder : ☐ Identique à l'assuré (section 2) – ne remplir que le nom / *same as section 2 enter only the name*

Nom et prénom * <i>Full name</i>			
Adresse <i>Address</i>			
E-mail <i>E-mail</i>		Téléphone <i>Phone</i>	

7 DECLARATION ET SIGNATURE *Declaration & signature*

☐ Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies et l'authenticité des justificatifs joints.

I certify that the information provided is accurate and the supporting documents are genuine.

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