

DEMANDE D'INDEMNISATION

RELEVÉ DES FRAIS

**N° DE DOSSIER A RAPPELER
IMPÉRATIVEMENT :**

COORDONNÉES DE L'ASSURÉ

NOM et PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

EMAIL :

ADRESSE POSTALE :

TÉLÉPHONE

Date des Soins	Nature des Frais Engagés	Frais réels	Montants à rembourser

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 NÉCESSITER DES SOINS ULTÉRIEURS ?**

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 CS 81845
45008 ORLEANS Cedex - FRANCE
TEL 332.38.65.44.56 - FAX 332.38.62.90.93
Email : cgea@expat-care.com**