

L'EXPÉRIENCE D'UN ASSUREUR au service des parents !

L'ASSURANCE
C.G.E.A
EN POCHE

NOS ATOUTS :

- Le remboursement des prothèses dentaires jusqu'à 250 €,
- La prise en charge du bris de lunettes ou de lentilles jusqu'à 130 €,
- L'assistance : Prise en charge des frais médicaux à l'étranger jusqu'à 7.500 € et la mise à disposition d'un titre de transport pour un parent en cas d'hospitalisation de votre enfant,
- Des formules adaptées aux besoins de chaque famille.

LES PLUS DE LA RENTRÉE :

- Remboursement des frais d'inscription aux clubs et associations sportives à la suite d'un accident de l'élève, à partir du 31^{ème} jour d'incapacité, jusqu'à 6 mois et à concurrence de 50 € par mois.

ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE :

- En cas d'accident corporel grave, la compagnie met à disposition un service d'écoute et d'aide psychologique, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Le service est assuré en toute confidentialité par des psychologues diplômés.

ASSISTANCE À DOMICILE :

- Les frais de remise à niveau scolaire pour une absence de plus de 30 jours,
- La garde de l'enfant à domicile,
- La prise en charge de l'enfant si les parents sont hospitalisés.

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE SINISTRE

Adressez-nous une déclaration écrite
en joignant toutes les pièces justificatives.

Pour les garanties Assistance,
il vous suffit d'appeler :
CGEA ASSISTANCE
01.42.99.08.09

Ce document n'est qu'un résumé du contrat groupe,
vous pouvez obtenir les conditions générales sur simple demande auprès
de votre correspondant habituel ou directement au Centre de Gestion



CENTRE DE GESTION ETUDIANT ASSISTANCE

37, Rue des Murlins - B.P. 1845
45008 ORLÉANS Cedex
Tél. : 33 (0)2.38.65.44.56
Fax : 33 (0)2.38.62.90.93
e mail : contact@expat-care.com
web : www.expats-care.com

ASSURANCES SCOLAIRES



**L'ASSURANCE
D'ÊTRE BIEN PROTÉGÉ,
MES PARENTS SÉCURISÉS**



ASSURANCE VOYAGE ET EXPATRIATION

GARANTIES

| Formule : | SCOLAIRE + TRAJET | | SCOLAIRE + EXTRA-SCOLAIRE | |
|---|---|----------------------------|----------------------------|--|
| | A | B | C | |
| RESPONSABILITÉ CIVILE | | | | |
| Dommages Corporels..... | 4.600.000 € | 4.600.000 € | 4.600.000 € | |
| Dommages Matériels..... | 300.000 € | 300.000 € | 300.000 € | |
| Protection Juridique..... | 3.000 € | 3.000 € | 3.000 € | |
| INDIVIDUELLE ACCIDENT | | | | |
| Décès..... | 3.000 € | 3.000 € | 3.000 € | |
| Invalidité Permanente : | | | | |
| Jusqu'à 66%..... | 30.000 € | 30.000 € | 60.000 € | |
| Au-delà de 66%..... | 45.000 € | 45.000 € | 90.000 € | |
| Remboursement des frais d'inscription aux clubs et associations sportives à la suite d'un accident de l'élève, à partir du 31 ^{ème} jour d'incapacité..... | jusqu'à 6 mois et à concurrence de 50 € par mois | | | |
| GARANTIES COMPLÉMENTAIRES | | | | |
| Dent ou Prothèse Dentaire cassée, forfait de..... | 100 € | 100 € | 250 € | |
| Bris de Lunettes, ou lentilles, forfait de..... | 65 € | 65 € | 130 € | |
| Petit appareillage non remboursé par la Sécurité Sociale..... | Exclu | Exclu | 50 € | |
| Frais Médicaux et d'Hospitalisation à concurrence de..... | 7.500 € | 7.500 € | 7.500 € | |
| Prise en charge du Forfait Hospitalier, maximum..... | 50 € | 50 € | 100 € | |
| Frais de Transport..... | 150 € | 150 € | 150 € | |
| Frais de Prothèses et d'Orthopédie à concurrence de (autres que dents et lunettes)..... | 450 € | 450 € | 750 € | |
| Allocation d'une année de Scolarité en cas de décès du chef de famille maximum..... | 750 € | 750 € | 1.500 € | |
| ASSISTANCE MÉDICALE | | | | |
| Rapatriement sanitaire..... | Frais Réels | Frais Réels | Frais Réels | |
| Frais Médicaux à l'étranger : | | | | |
| Communauté Européenne..... | 4.000 € | 4.000 € | 4.000 € | |
| Reste du Monde..... | 7.500 € | 7.500 € | 7.500 € | |
| Frais de Recherche et de Sauvetage, à concurrence de..... | 750 € | 750 € | 750 € | |
| Frais d'évacuation, suite à accident de sports d'hiver, à concurrence de..... | 150 € | 150 € | 150 € | |
| Assistance médicale..... | Garanti | Garanti | Garanti | |
| Transmission de messages..... | Garanti | Garanti | Garanti | |
| Mise à disposition d'un billet d'avion pour un parent..... | Frais Réels | Frais Réels | Frais Réels | |
| Rapatriement du corps en cas de décès..... | Frais Réels | Frais Réels | Frais Réels | |
| ASSISTANCE A DOMICILE | | | | |
| Prise en charge de l'élève de moins de 16 ans si les parents sont hospitalisés plus de 48 heures à la suite d'une maladie ou d'un accident grave | | | | |
| - garde à domicile..... | — | de 7 à 19h pendant 2 jours | de 7 à 19h pendant 2 jours | |
| - ou déplacement d'un proche..... | — | billet A/R | billet A/R | |
| - ou envoi de l'enfant chez un parent..... | Exclu | billet A/R | billet A/R | |
| Garde de l'enfant de - de 14 ans à la suite d'un accident ou d'une maladie (+ de 5 jours) | | | | |
| - déplacement d'un proche..... | — | billet A/R | billet A/R | |
| - ou garde au domicile..... | — | 12 h pendant 5 jours | 12 h pendant 5 jours | |
| Cours de remise à Niveau Scolaire à la suite d'un accident de l'élève, à partir du 31 ^{ème} jour d'incapacité, (jusqu'à 6 mois) à concurrence de (par mois)..... | 150 € | 150 € | 225 € | |
| ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE | 2 appels par sinistre et par assuré | | | |
| COTISATION ANNUELLE T.T.C. : | 10 € | 13 € | 20 € | |

Les garanties prennent effet à réception de l'adhésion et du règlement

BULLETIN FAMILIAL D'ADHÉSION

PARENTS

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL DOMICILE : TÉL BUREAU :

EMAIL :

VOS ENFANTS ASSURÉS

| NOM et PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | FORMULE (A,B,C) |
|---------------|-------------------|-----------------|
| 1/..... | | |
| 2/..... | | |
| 3/..... | | |

ÉTABLISSEMENT(S) FRÉQUENTÉ(S)

1/.....

2/.....

3/.....

PERSONNES À CONTACTER (si autres que les parents)

Je demande à adhérer au contrat d'assurance scolaire,

Cotisation.....:.....€

Nombres d'enfants.....:.....€

Total à Régler.....:.....€

Fait le : SIGNATURE D'UN PARENT

CE BULLETIN ACCOMPAGNÉ DU RÈGLEMENT EST À RETOURNER À L'ADRESSE CI-DESSOUS