

Courtage & Gestion de risques pour Expatriés - Siège Social : 9 Allée de l'Arche 92400 COURBEVOIE (FRANCE)

Bureau administratif : 15 Quai Ernest Renaud – 44100 NANTES (FRANCE) Tel : 02 28 00 69 03 - Email : [cgea@geodesk.fr](mailto:cgea@geodesk.fr)

RCS B 402 881 304 - Garantie Financière et RC Professionnelle CGPA - Code des Assurances (Art L530 1 et 2) - ORIAS N° 07001094

## BULLETIN D'ADHESION / REGISTRATION FORM

### ASSURANCE STUDENT CARE

CONTRAT TOKIO MARINE HCC\* N° 35 801 638

#### SOUSCRIPTEUR / UNDERWRITER :

NOM / LAST NAME : ..... PRENOM / FIRST NAME : .....

ADRESSE / ADDRESS : .....

VILLE / CITY : ..... PAYS / COUNTRY : .....

ADRESSE EMAIL / EMAIL ADDRESS : .....

DATE DE NAISSANCE / BIRTHDATE : ..... SEXE / GENDER : .....

NATIONALITE / NATIONALITY : .....

UNIVERSITE EN France .....

#### NOM ET PRENOM DU CONJOINT (e) :

.....

#### NOM ET PRENOM DES ENFANTS :

| NOM ET PRENOM/SURNAME & FIRST NAME : | Date de naissance/DOB : | classe / school level : |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| .....                                | .....                   | .....                   |
| .....                                | .....                   | .....                   |
| .....                                | .....                   | .....                   |
| .....                                | .....                   | .....                   |
| .....                                | .....                   | .....                   |

#### Je demande à adhérer au contrat d'assurance STUDENT CARE :

FORMULE CHOSIE / FORMULA CHOSEN : .....

STUDENT CARE ACCESS ..... MOIS / STUDENT CARE PLUS ..... MOIS

ENFANTS : oui/non ..... CONJOINT oui/non .....

COTISATION / CONTRIBUTION: (Nombre d'assurés X durée du séjour X tarif mensuel de la Formule)

TOTAL A REGLER / TOTAL TO BE PAID: ..... €

☐ JE CERTIFIE ETRE ETUDIANT et Je confirme avoir lu et accepté les conventions spéciales disponibles sur [www.geodesk.fr](http://www.geodesk.fr) J'ai pris connaissance que les maladies antérieures à mon adhésion ne seront pas prises en charge.  
DATE ET SIGNATURE (précédée de la mention « lu et approuvé ») / Signature and date :