

*Claim form to be completed and to be sent to the address mentioned below :  
**EVEN if you have not already received a BILL or paid ANYTHING**  
 Imprimé à compléter et à poster à l'adresse suivante : A.V.I. - 28 rue Mogador - 75009 Paris  
**MÊME si vous n'avez RIEN PAYÉ, ni encore reçu aucune NOTE ou facture***

**PROGRAM :** \_\_\_\_\_  
**CARD NUMBER :** \_\_\_\_\_  
**CONTRACT NUMBER :** \_\_\_\_\_

<b>INSURED :</b>	
------------------	--

FAMILY NAME / Nom : .....	FIRST NAME / Prénom .....	BIRTH DATE / Né(e) le .....
Date of ILLNESS or ACCIDENT / Date de maladie ou d'accident : .....		TIME / Heure : .....
HOST COUNTRY / Pays de séjour : .....		E-mail : .....
FULL NAME AND ADDRESS OF HOST FAMILY (OR CAMP) / Nom et adresse de la famille d'accueil (ou du camp) : .....		
.....		.....
.....E-mail : .....		Tel : .....
FULL NAME AND ADDRESS OF PARENTS IN HOME COUNTRY / Nom et adresse de vos parents : .....		
.....		.....
.....E-mail : .....		Tel : .....
PLACE OF ACCIDENT / Lieu de l'accident : .....		
NATURE AND SEVERITY OF ILLNESS OR INJURIES & DETAILED CIRCUMSTANCES (MANDATORY) / Nature et gravité de la maladie ou des blessures & circonstances détaillées (Obligatoire) : .....		
.....		
.....		
.....		

**IMPORTANT :**

If the injured / sick person has had to contact a doctor or emergency service, please attach the **FIRST ORIGINAL MEDICAL CERTIFICATE, DIAGNOSING THE INJURY / ILLNESS, including original invoice.**  
*Si vous avez dû consulter un médecin ou un service d'urgence, joindre le **PREMIER CERTIFICAT MEDICAL DECRIVANT LES BLESSURES / MALADIES, ainsi que la facture éventuelle.***

Date of first treatment : .....	Is treatment finished ?	Yes	No
Date des premiers soins : .....	Sont-ils terminés ?	Oui	Non
Have you been treated previously for this condition ?	Yes	No	DATE : .....
Avez-vous déjà reçu des soins pour la même affection ?	Oui	Non	
Nature of treatment / Nature des soins reçus : .....			
.....			
Are you covered by any other Insurance Company for this illness or injury ?			
HOME COUNTRY :	Yes	No	FOREIGN :
			Yes
			No
Etes-vous garanti pour LES MEMES RIQUES AUPRES d'une autre Société d'Assurance ou d'Assistance ?			
FRANCAISE :	Oui	Non	ETRANGERE :
			Oui
			Non
Company name .....		Policy # .....	File # .....
Laquelle ? .....		Contrat N° .....	Dossier N° .....

**Please complete in full both sides of this form. In any case, please fill out the table on the back**  
**Veillez répondre à TOUTES les questions : MERCI ! Dans tous les cas, remplir le tableau au verso !**

**PLEASE INDICATE / TRES IMPORTANT - PRECISEZ :**

1) WHO PAID YOUR MEDICAL BILLS : myself, my chaperon, my hostfamily, my sponsoring organization, the Insurance Company, the liable party, the liable party's Insurance Company.  
 PAYE PAR moi-même - mon accompagnateur - ma famille d'accueil - mon organisateur - l'Assistance - son correspondant étranger - le tiers responsable - son assurance (ci-dessous). **DECLARATION INDISPENSABLE**

OR TO BE PAID / A PAYER, si cette note n'a pas été réglée.

2) Rate of exchange applied on / Taux de change à la Date du .....  
 3) Reimbursement obtained from : National Health Service, private Insurance or foreign medical Insurance Company  
 Remboursement reçu soit de la Sécurité Sociale, soit d'une Mutuelle, Organisme de Prévoyance, Compagnie d'Assurances ou Assurance maladie locale étrangère.

**EXPENSES INCURRED / TABLEAU DETAILLE DE MES FACTURES**

DATE OF TREATMENT DES SOINS	NATURE OF TREATMENT DES SOINS	EXPENSES FRAIS REELS EN DEVICES	PAID BY PAYE PAR (see 1)	EQUIVALENT VALEUR EN EUROS (see 2)	AMOUNT REIMBURSED TO DATE RBT RECU (see 3)	BALANCE DUE A RECEVOIR
<b>TOTAL :</b>						

DO YOU HAVE A BANK ACCOUNT (in Euros)? Where ? AVEZ-VOUS UN COMPTE BANCAIRE (en Euros) ? Où ?	Yes Oui	No Non
<b>PLEASE ATTACH ALL ORIGINAL RECEIPTS / ANNEXEZ TOUTES LES JUSTIFICATIONS ORIGINALES</b>		
<b>IN CASE OF ACCIDENT PLEASE COMPLETE BELOW : / S'il s'agit d'un accident :</b>		
NAMES AND ADDRESSES OF WITNESSES (Please enclose written testimony) Noms et adresses des témoins (joindre un témoignage écrit).....		
NAME AND ADDRESS OF THE THIRD PARTY INVOLVED ..... Nom et adresse du tiers responsable .....		
IS THE THIRD PARTY INSURED ? ..... Est-il assuré ? .....	BY WHICH COMPANY ? ..... Par quelle Compagnie ? .....	
CONTRACT NUMBER ? ..... N° du contrat ? .....	FILE NUMBER ? ..... N° du dossier ? .....	
DID THE POLICE ISSUE A REPORT (enclose a copy or give references) ? LES AUTORITES LOCALES ONT-ELLES ETABLI UN RAPPORT (le joindre ou fournir références) ?	Yes Oui	No Non

**IMPORTANT :**  
 In case of unjustifiable delays in sending your claim, voluntary omission, or voluntary false statements claims will be considered null and void.  
 Tout retard abusif dans la transmission des pièces, omission volontaire, fausse déclaration intentionnelle entraîneront la déchéance du contrat.

You must follow every instruction mentioned above, otherwise your file will be incomplete and will not be processed swiftly .  
 Vous devez vous conformer à toutes les indications données ci-dessus, sinon votre dossier sera incomplet et ne sera pas traité rapidement.

Certified sincere and truthful : Certifié sincère et véritable sur l'honneur :

Le..... A..... Signature :

**IMPORTANT :**  
 Keep a photocopy of each paper you send to us / Gardez une photocopie de toutes les pièces jointes !







