

*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 : _____

INSURED :	
------------------	--

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 :		
FULL NAME AND ADDRESS OF HOST FAMILY (OR CAMP) / Nom et adresse de la famille d'accueil (ou du camp) :		
		Tel :
FULL NAME AND ADDRESS OF PARENTS IN HOME COUNTRY / Nom et adresse de vos parents :		
		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 ? <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Date des premiers soins :	Sont-ils terminés ? <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Have you been treated previously for this condition ?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	DATE :
Avez-vous déjà reçu des soins pour la même affection ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nature of treatment / Nature des soins reçus :			
.....			
Are you covered by any other Insurance Company for this illness or injury ?			
HOME COUNTRY : <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	FOREIGN : <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Etes-vous garanti pour LES MEMES RIQUES AUPRES d'une autre Société d'Assurance ou d'Assistance ?			
FRANCAISE : <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	ETRANGERE : <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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
TOTAL :						

DO YOU HAVE A BANK ACCOUNT (in Euros) in France ? AVEZ-VOUS UN COMPTE BANCAIRE (en Euros) en France ?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non
PLEASE ATTACH ALL ORIGINAL RECEIPTS / ANNEXEZ TOUTES LES JUSTIFICATIONS ORIGINALES		
IN CASE OF ACCIDENT PLEASE COMPLETE BELOW : / S'il s'agit d'un accident :		
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) ?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 !

