

Claim form to be completed and to be sent to the address mentioned below :

Imprimé à compléter et à poster à l'adresse suivante :

A.V.I. International Le Colisée Gardens, 10 avenue de l'Arche, CS 70126, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE  
[claims@avi-international.com](mailto:claims@avi-international.com)

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) : .....		
		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 DÉCRIVANT LES BLESSURES / MALADIES, ainsi que la facture éventuelle.**

Date of first symptoms: .....	Is treatment finished ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Date des premiers symptômes : .....	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.**  
**Veillez répondre à TOUTES les questions recto et verso de ce formulaire.**

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

1) WHO PAID YOUR MEDICAL BILLS : myself, my chaperon, my hostfamily, my sponsoring organization, the Insurance Company, the liable party or its Insurance Company.  
 QUI A PAYÉ LES FRAIS : moi-même - mon accompagnateur - ma famille d'accueil - mon organisateur - l'Assistance - un tiers responsable - son assurance.

OR TO BE PAID / À PAYER, if not paid yet / si cette note n'a pas été réglée.

2) The amount to be reimbursed will be calculated according to the exchange rate of the date of the bill. / Le montant du remboursement en Euro sera calculé à la date de règlement des soins.

3) Reimbursement obtained from : National Health Service, private Insurance or foreign medical Insurance Company  
 Remboursement reçu de la Sécurité Sociale ou d'une Mutuelle, Organisme de Prévoyance, Compagnie d'Assurances ou Assurance maladie locale étrangère.

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

DATE OF TREATMENT DES SOINS	NATURE OF TREATMENT DES SOINS	AMOUNTS 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) in Europe ? AVEZ-VOUS UN COMPTE BANCAIRE (en Euros) en Europe ?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non
<b>PLEASE ATTACH ALL ORIGINAL RECEIPTS / ANNEXEZ TOUS LES JUSTIFICATIFS ORIGINAUX</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 des tiers responsables .....		
IS THE THIRD PARTY INSURED ? ..... Le tiers responsable 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 AUTORITÉS 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 voluntary omission or false statements, the claim will be considered as null and void.  
 Toute omission volontaire ou fausse déclaration entraîneront la déchéance du contrat.

If this form is not duly completed, we may not be able to process it 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 !