

MODALITES EN CAS DE SINISTRES

Document non contractuel

PLAN SANTE ASSISTANCE

1. Pour les prestations d'assistance et la prise en charge des frais d'hospitalisation, vous devez contacter obligatoirement et avant toute intervention l'Assisteur.

AVA ASSISTANCE

Téléphone : De France :01.49.02.42.11

Depuis les USA et le Canada : 1.817.826.70.90

Reste du Monde :+33 (1).49.02.42.11

Fax : De France :01.55.92.40.69

De l'étranger : +33 (1).55.92.40.69

2. Pour toutes les autres garanties du contrat, vous devez faire une déclaration préalable dans les 15 jours à l'adresse sinistres@ava.fr et nous adresser les originaux des documents à :

AVA

Service Clientèle

25 rue de Maubeuge - 75009 PARIS

Téléphone : +33 (1).53.20.44.23

Fax : +33 (1).42.85.33.69

DOCUMENTS NECESSAIRES AU REGLEMENT DU SINISTRE

Pour toutes les garanties:

- Les numéros d'identifiants de l'assuré (reportés sur la carte d'assistance).
- Un RIB.

Pour la garantie Frais Médicaux Accident:

- Les originaux des factures, feuilles de soins et justificatifs de paiement.
- Les circonstances de l'accident.
- Le Dossier Médical ci-joint à faire remplir par le médecin concerné et à retourner sous pli confidentiel.

Pour toute demande d'indemnisation de frais médicaux hors hospitalisation inférieure à 300€ par pathologie, AVA traitera votre demande de remboursement sur la base de justificatifs numérisés. Merci de conserver les originaux des documents pendant la validité de votre contrat, la Compagnie AIG pouvant être amenée à les réclamer. Au-delà de cette somme, AVA traitera votre demande sur présentation des originaux des documents.

Pour toutes les autres garanties, merci de nous contacter.

AVA | 25, rue de Maubeuge | 75009 paris

TEL. +33 (0)1 53 20 44 20 FAX : +33 (1) 42 85 33 69 E-MAIL : info@ava.fr

WWW.AVA.FR

S. A. A DIRECTOIRE ET CONSEIL DE SURVEILLANCE AU CAPITAL DE 100 000 € R. C. S. Paris 322 869 637- ORIAS 07 023 453 - www.orias.fr
Garantie Financière de Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du Code des Assurances

DOSSIER MEDICAL

Nom du malade :

Vos Références : IN/ __ - ____

AD/ __ - ____

Nom de l'assuré :

Votre certificate du :

**A remplir par le médecin
sur la demande du patient et à lui remettre
pour servir et faire valoir ce que de droit**

1- De quelle affection exacte souffre votre patient ?

2- Quelle est la date exacte de découverte de la maladie?

...../...../.....

3- S'agit-il du premier épisode de cette affection ?

Oui Non

4- Depuis quelle date le malade souffrait-il avant de consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) ?

...../...../.....

5- Quel traitement a été prescrit ?

6- Existe-t-il des pathologies associées ?

7- Existe-t-il des pathologies préexistantes ?

8- Le patient a-t-il consulté un autre médecin avant vous pour la même affection ? Oui Non

9- Si oui à quelle date ?

...../...../.....

En vous remerciant par avance,

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

Date, cachet et signature.

**Document à remplir par le médecin et à
remettre au patient qui pourra l'adresser au Médecin
Conseil de la Compagnie (selon les dispositions de la
Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits
du malade et à la qualité du système de santé)**

MEDICAL FILE

Patient's name :

References : IN/ __ - ____

AD/ __ - ____

Insured Person's name :

Certificate dated :

To be completed by the Doctor and given back to the Patient

1-What ailment exactly does your patient suffer from ?

2- What was the exact date of the discovery of the illness ?

...../...../.....

3- Is this the first episode of the illness ?

Yes No

4- How long has the patient suffered from this illness before consulting a doctor (generalist or specialist) ?

...../...../.....

5- What treatment was prescribed ?

6- Are there any associated pathologies ?

7- Are there any pre-existing pathologies ?

8- Did the patient consult another doctor before you, for the same illness ?

Yes No

9- If yes, on what date ?

...../...../.....

Thanking you in advance for your co-operation,

Yours sincerely,

Date, stamp and signature.

**To be filled out by the Doctor and given
back to the Patient, who should address it
to the attention of the Doctor of the
Company**