

## MODALITES EN CAS DE SINISTRES

*Document non contractuel*

### PLAN SANTE CFE

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](mailto: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 Maladie:

- La copie des factures, feuilles de soins et justificatifs de paiement.
- L'original du décompte de remboursement de la CFE.
- Le Dossier Médical ci-joint à faire remplir par le médecin concerné et à retourner sous pli confidentiel.

Pour toutes les autres garanties, merci de nous contacter.

## 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,

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

**Date, cachet et signature.**

[Empty box for date, stamp and 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**