



# QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

## CAP TEMPO EXPAT

### BESOIN D'ASSISTANCE ?

#### HOSPITALISATION GRAVE, RETOUR ANTICIPÉ, RAPATRIEMENT

##### Indiquez-nous :

- Vos nom(s) et prénom(s)
- Vos coordonnées (adresse, n° de téléphone)
- Votre numéro d'adhésion
- Le numéro de police : **IB1900383FRCAO**

Appelez le plateau d'assistance  
24/24 et 7/7 au :  
**+33 (0)1 41 85 93 16**

### REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX ?

#### DÉCLAREZ VOTRE SINISTRE SOUS 15 JOURS ET FOURNIR LES JUSTIFICATIFS SUIVANTS :

- Copie de votre visa de travail
- RIB
- De la copie de votre pièce d'identité
- Factures des soins originales détaillées avec preuve du paiement
- Prescriptions médicales
- Le questionnaire médical complété par le professionnel de santé tamponné, daté, signé (reçu lors de la souscription)
- Rapport de police en cas d'accident
- Rapport de l'hôpital en cas d'hospitalisation Et/ou de passage aux urgences (précisant la raison de votre visite, le traitement actuel et à suivre)

**Pour les Frais médicaux < 500 €**, scannez les factures et déclarez votre sinistre en ligne :  
[www.chapkadirect.fr/sinistre](http://www.chapkadirect.fr/sinistre)

**Pour les Frais médicaux > 500 €**, envoyez les documents originaux sous pli confidentiel, à l'attention du « médecin conseil » à :

**Aon France / Chapka Assurances**  
31-35 rue de la Fédération  
75015 Paris

**Conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés en cas de contrôle par l'assureur. Ne quittez pas l'hôpital sans le rapport, après il vous sera plus difficile de l'obtenir.**

### LES AUTRES GARANTIES DU CONTRAT (Bagages, RC, Individuelle Accident)

#### DÉCLARATION EN LIGNE

- Munissez-vous de votre numéro d'adhésion.
- Déclarez :
  - dans les 5 jours pour la RC et l'individuelle accident
  - dans les 2 jours en cas de vol

**Attention en cas de vol de bagages :** l'Assuré doit obligatoirement déposer plainte auprès des autorités locales compétentes dans un délai de 24H suivant la date du Sinistre. Seuls les objets déclarés et repris sur le dépôt de plainte seront indemnisés.

Déclarez votre sinistre et téléchargez les documents sur :

<http://www.chapkadirect.fr/sinistre>

Conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés.



# MEDICAL FILE

## FORMULARIO MÉDICO

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

**TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER / A COMPLETAR POR EL ASEGURADO / À REMPLIR PAR L'ASSURÉ**

First and Last Name / Nombre y apellidos / Nom et prénom : .....

Contract number / N°de afiliación / N° d'adhésion : .....

Date of Birth / Fecha de nacimiento / Date de naissance (d/j - m - y/a) : ..... /..... /.....

**TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / A COMPLETAR POR EL MÉDICO / À REMPLIR PAR LE MÉDECIN**

1º Reason for consultation / Motivo de la consulta / Motif de la consultation : **Symptoms** / Síntomas / Symptômes

In case of an accident, please explain the circumstances

En caso de accidente, por favor explicar las circunstancias / En cas d'accident, préciser les circonstances :

Day of first symptoms / Fecha de los primeros síntomas / Date des premiers symptômes (d/j - m - y/a) : ..... /..... /.....

Is this the first episode? / ¿Es la primera vez? / Est-ce le premier épisode ? .....

Any previous pathology associated with the symptoms?

¿Existe alguna patología previa relacionada con los síntomas?

Y a-t-il des antécédents médicaux en lien avec les symptômes ?

2º Findings after medical examination / Resultados después del examen clínico / Résultats après examen clinique :

3º Clinical impression / Impresión diagnóstica / Impression diagnostique :

4º Prescribed tests or scans / Exámenes o análisis recetados / Examens ou analyses prescrits :

5º Confirmed diagnosis / Diagnóstico final / Diagnostic final :

6º Prescribed treatment / Tratamiento recetado / Traitement prescrit :

DOCTOR'S STAMP:  
SELLO DEL MÉDICO  
TAMPON DU MEDECIN

DOCTOR'S SIGNATURE:  
FIRMA DEL MÉDICO  
SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE / FECHA :