



CAP AVENTURE

POLICE N°22 43 701

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

BESOIN D'ASSISTANCE ?

HOSPITALISATION GRAVE, RETOUR ANTICIPÉ, RAPATRIEMENT

Dans tous les cas, avant d'engager toute dépense, il est impératif de contacter le plateau d'assistance, Indiquez-nous :

- L'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- Votre numéro d'adhésion
- Le numéro de police 22 43 701



Appelez le plateau d'assistance
24/24 et 7/7 au :

+33 (0)1 70 79 07 69



**Les garanties sont acquises
uniquement en cas d'appel et
d'accord préalables au plateau
d'assistance.**

REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX ?

POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX, ENVOYEZ SOUS CINQ JOURS, LES JUSTIFICATIFS SUIVANTS :

- N° d'adhésion au contrat suivi du numéro de police 22 43 701
- RIB (pour la 1ère demande de remboursement uniquement)
- Factures acquittées des soins réglés ou factures et reçus de paiement
- Prescriptions médicales
- Le questionnaire médical complété par le professionnel de santé (en page 2) accompagné d'un rapport médical
- Copie du passeport (page 1 identification et page du passage à la frontière)
- Billet d'avion au départ de votre pays de résidence

Envoyez les documents à :



**CHAPKA ASSURANCES
GESTION DE SINISTRES**

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

**Conservez bien les originaux, ils
peuvent vous être demandés**

LES AUTRES GARANTIES DU CONTRAT (BAGAGES, RC, INDIVIDUELLE ACCIDENT)

INDIQUEZ-NOUS :

Dans les 5 jours :

Attention en cas de vol de bagages : l'Assuré/ Adhérent doit obligatoirement déposer plainte pour perte, détérioration, vol ou destruction des Bagages auprès des autorités locales compétentes dans un délai de Vingt Quatre Heures suivant la date du Sinistre. Seuls les objets déclarés et repris sur le dépôt de plainte seront indemnisés.

Envoyez les documents à :



**CHAPKA ASSURANCES
GESTION DE SINISTRES**

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

MEDICAL FILE

QUESTIONNAIRE MEDICAL

FORMULARIO MÉDICO

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

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

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

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

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

What ailment exactly does your patient suffer from? / De quelle pathologie souffre le patient? / ¿Qué padece el paciente?

If any, state the cause / S'il y en a une, précisez la cause / Si hubiera un motivo, explíquelo :

Date of the symptoms' first manifestation / Date de la 1ere manifestation des symptômes pour l'assuré / Fecha de la primera manifestación (d/j - m - y/a) ? / /

Is this the first episode? / S'agit-il de la première manifestation de la pathologie ? / ¿Es la primera vez?

Date in which the patient has been informed about the diagnosis / Date à laquelle le patient a été informé du diagnostic / Fecha en la que se ha informado al paciente sobre el diagnóstico (d/j - m - y/a) ? / /

Are there any associated pre-existing pathologies? / Existe t-il des pathologies pré-existantes associées? / ¿Padece alguna patología preexistente asociada ?

**DOCTOR'S STAMP /
TAMPON DU MEDECIN /
SELLO DEL MÉDICO :**

DATE / FECHA :

**DOCTOR'S SIGNATURE /
SIGNATURE DU MÉDECIN /
FIRMA DEL MÉDICO :**