



CAP AVENTURE

CONVENTION N° 920 741 - POLICE N° FRBOTA09681



QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

BESOIN D'ASSISTANCE ?

HOSPITALISATION GRAVE, RETOUR ANTICIPÉ, RAPATRIEMENT

Indiquez-nous :

- Vos nom(s) et prénom(s),
- 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 convention 920 741 suivi du numéro de Police FRBOTA09681



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

+33 (0)1.40.25.50.25

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX ?

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

- N° d'adhésion au contrat de convention 920 741 suivi du numéro de Police FRBOTA09681
- RIB (pour la 1ere demande de remboursement uniquement)
- Factures originales des soins réglés
- Prescriptions médicales
- Le questionnaire médical complété par le professionnel de santé (reçu lors de la souscription)

Envoyez les documents originaux :



ACE EUROPE
Service Sinistre A&H
Le Colisée - 8, avenue de l'Arche
92419 Courbevoie cedex

ahdeclaration@acegroup.com

Nouveau: Pour les frais médicaux inférieurs à 300 €, vous pouvez scanner les factures et les envoyer par email pour le remboursement (conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés en cas de contrôle par l'assureur)

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

INDIQUEZ-NOUS :

Dans les 10 jours en cas de vol de bagages :
Attention: 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.
Dans les 5 jours pour les autres garanties

DÉCLARATION PAR COURRIER

Envoyez les documents originaux à :



ACE EUROPE
Service Sinistre A&H
Le Colisée - 8, avenue de l'Arche
92419 Courbevoie cedex

ahdeclaration@acegroup.com



CAP AVENTURE

CONVENTION N° 920 741 - POLICE N° FRBOTA09681



VOTRE NUMÉRO DE CONTRAT CHAPKA :
(6 derniers chiffres — joindre une copie)

À envoyer par courrier ou par e-mail dès la survenance de l'événement
ou au maximum dans les 5 jours qui suivent votre retour

NOM de l'Assuré :

PRÉNOM de l'Assuré :

ADRESSE (N°, Voie, complément) :

CODE POSTAL : VILLE :

Téléphone : Adresse E-mail :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU SINISTRE

Voyage du : / / au / /

DESTINATION :

Date du Sinistre : / /

NATURE DU SINISTRE (cocher la case)

- Bagage suite à : Vol Perte Retard
 Frais médicaux à l'étranger suite à : Maladie Accident
 Responsabilité civile Assistance à l'étranger Capital accident

RÉSUMÉ DES FAITS (précisez notamment la nature du fait générateur du sinistre)

Vous devez nous retourner votre déclaration de sinistre
dans les 5 jours par courrier ou par e-mail à :



ACE EUROPE
Service Sinistre A&H
Le Colisée - 8, avenue de l'Arche
92419 Courbevoie cedex
ahdeclaration@acegroup.com

Vous recevrez sous peu un dossier à compléter et à renvoyer
par courrier à Ace Europe accompagné de l'ensemble des
justificatifs demandés.

Fait à :

Le :

Signature :

MEDICAL FILE

QUESTIONNAIRE MEDICAL



TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER / A REMPLIR PAR L'ASSURÉ

POLICY HOLDER / SOUSCRIPTEUR - PATIENT :

N° d'adhésion :

Last Name / Nom :

First Name / Prénom :

Email :

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

Sex / Sexe :

TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

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/surgeon?

5- Are there any associated pathologies?

6- Are there any pre-existing pathologies?

**THIS FORM, DULY COMPLETED AND SIGNED SHOULD BE
RETURNED TO / CE DOCUMENT DOIT ÊTRE RETOURNÉ SIGNÉ ET
COMPLÉTÉ :**



ACE EUROPE

SERVICE Sinistre A&H
le Colisée
8, avenue de l'Arche
92419 Courbevoie cedex

You can also send this form by scan and email to :
Vous pouvez également retourner le document scanné par email :

ahdeclaration@acegroup.com

DOCTOR SIGNATURE /

SIGNATURE DU MÉDECIN:

Date: