



QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

CAP VOLONTARIAT

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 :

- La copie de l'attestation de mission délivrée par votre organisme de volontariat ou bénévolat ou humanitaire
- 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

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

1° 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 ?

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

3° Clinical impression / Impresión diagnóstica / Impression diagnostique :

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

5° Confirmed diagnosis / Diagnóstico final / Diagnostic final :

6° 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 :