



# 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 1ere demande de remboursement uniquement)
- Factures acquittés 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 FORMULARIO MÉDICO QUESTIONNAIRE MEDICAL

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

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 MÉDECIN :**

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

**DATE / FECHA**