

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

CAP VOLUNTARIADO

¿NECESITAS ASISTENCIA?

HOSPITALIZACIÓN GRAVE, REGRESO ANTICIPADO, REPATRIACIÓN

Indícanos:

- Tu nombre y apellidos
- Datos de contacto (dirección, teléfono)
- Tu número de afiliación
- El número de póliza : **IB1900383ESCAO**

Contacta con el centro de asistencia disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana al

+33 (0)1 41 85 93 66

¿REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS?

PARA EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS:

- Solo para la primera petición de reembolso: una copia de tu justificante de voluntariado (visado, carta de misión)
- los datos de tu cuenta bancaria
- Una copia de su carné de identidad o pasaporte
- Facturas originales y detalladas con el comprobante de pago
- Recetas de medicamentos
- Cuestionario médico relleno por un profesional sanitario sellado, fechado y firmado (el cuestionario que se recibe al contratar el seguro)
- En caso de accidente, un informe policial
- En caso de hospitalización, parte de hospitalización y/o de la consulta a urgencias (en el que se indique el motivo de la consulta, el tratamiento actual y el próximo si los hubiere)

Para los gastos médicos de menos de 500 €, escanea los documentos y declara tu siniestro en línea en: www.chapkadirect.es/sinistre

Para los gastos médicos de más de 500 €: Envía los documentos originales por correo certificado

Aon France / Chapka Assurances
31-35 rue de la Fédération
75015 París - Francia

Guarda los originales, la Aseguradora puede solicitarlos en caso de control. No abandones el hospital sin este parte, luego resultará más complicado obtenerlo.

PARA EL RESTO DE LAS GARANTÍAS DEL CONTRATO (EQUIPAJE, RESPONSABILIDAD CIVIL, ACCIDENTE DE VIAJE INDIVIDUAL)

INDÍCANOS

- Tu número de afiliación y realiza la declaración:
- En un plazo de 5 días para las garantías de Responsabilidad Civil y de Accidente de viaje individual
 - En un plazo de dos días en caso de robo

Importante: en caso de robo de equipaje, es obligatorio que el Asegurado presente una denuncia ante las autoridades locales competentes en las veinticuatro horas posteriores al robo. Solo se indemnizarán los objetos declarados e indicados en el resguardo de la denuncia.

DECLARACIÓN EN LÍNEA

Sube los documentos a la siguiente plataforma:

En línea: <http://www.chapkadirect.es/sinistre>

Podrán solicitarse los documentos originales, consérvelos.



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 :