



CAP AVENTURA

PÓLIZA N°22 43 701

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

¿NECESITAS ASISTENCIA?

HOSPITALIZACIÓN GRAVE, REGRESO ANTICIPADO, REPATRIACIÓN

Es obligatorio contactar con el centro de asistencia antes de incurrir en cualquier gasto.

Indícanos:

- El lugar preciso en el que te encuentras, dirección y número de teléfono de contacto
- Tu número de afiliación
- Número de póliza: 22 43 701



Contacta con el centro de asistencia disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana en el : +33 1 70 79 07 69

Se debe contar con el acuerdo previo del centro de asistencia para activar estas garantías.

¿REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS?

PARA EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS, ENVÍANOS EN UN PLAZO DE 5 DÍAS, LOS SIGUIENTES JUSTIFICANTES:

- Tu número de afiliación y el número de póliza 22 43 701
- Solo para la primera petición de reembolso: los datos de tu cuenta bancaria
- Facturas originales de los tratamientos pagados
- Recetas de medicamentos (si las hubiera)
- Formulario médico completado por un profesional sanitario acompañado de un informe médico
- Copia del pasaporte (página de identidad y de sello de la aduana cuando lo hubiere)
- Copia del billete de avión de salida de tu país de residencia



CHAPKA ASSURANCES
GESTIÓN DE SINIESTROS

<https://www.chapkadirect.es/index.php?action=sinistre>

Guarda los documentos originales, pueden solicitarse.

PARA EL RESTO DE GARANTÍAS DEL SEGURO

INDÍCANOS:

En un plazo de 5 días :

Atención: el asegurado debe presentar una denuncia ante las autoridades locales competentes en caso de pérdida, deterioro robo o destrucción de su equipaje en un plazo de 24 horas tras el suceso.

solo se podrán indemnizar los objetos declarados e indicados en la denuncia a las autoridades.

Envíanos los documentos a:



CHAPKA ASSURANCES
GESTIÓN DE SINIESTROS

<https://www.chapkadirect.es/index.php?action=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 1^{ère} 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 :