



# CHE COSA FARE IN CASO DI ANNULLAMENTO?

## CAP VOLONTARIATO

### HAI BISOGNO DI ASSISTENZA?

#### RICOVERO OSPEDALIERO PER MOTIVI GRAVI, RIENTRO ANTICIPATO, RIMPATRIO

##### Indicaci:

- Il tuo nome(i) e cognome(i)
- Le tue coordinate (indirizzo, numero di telefono)
- Il tuo numero di adesione
- Il numero di polizza **IB1900383ITCA4**

Chiama il servizio assistenza h24  
e 7 giorni su 7 al numero:

**+33 (0)1 41 85 93 70**

### RIMBORSO DI SPESE MEDICHE?

#### DICHIARA IL SINISTRO ENTRO 15 GIORNI E FORNISCI I SEGUENTI GIUSTIFICATIVI:

- Copia dell'attestato di missione rilasciato dall'organizzazione di volontariato
- Coordinate bancarie
- Copia del documento d'identità
- Fatture delle cure in originale dettagliate con prova dell'avvenuto pagamento
- Prescrizioni mediche
- Il questionario medico compilato dall'operatore sanitario con timbro, data, firma (ricevuto all'atto della sottoscrizione)
- Verbale della polizia in caso di incidente
- Cartella clinica dell'ospedale in caso di ricovero e/o di visita al pronto soccorso (precisando il motivo della tua visita, il trattamento attuale e successivo)

**Per le spese mediche < 500€**, esegui la scansione delle fatture e dichiara il tuo sinistro online:

[www.chapkadirect.it/sinistre](http://www.chapkadirect.it/sinistre)

**Per le spese mediche > 500€**, inviaci i documenti originali in busta riservata, all'attenzione del "medico-consulente" a:

**Aon France / Chapka Assurances**

31-35 rue de la Fédération  
75015 Parigi - Francia

**Conserva gli originali, possono essere richiesti in caso di verifica da parte dell'assicuratore  
Non lasciare l'ospedale senza la cartella clinica, avrai maggiori difficoltà a ottenerla in un secondo momento**

### LE ALTRE GARANZIE DELLA POLIZZA (Bagagli, RC, Infortuni Individuale)

#### DICHIARAZIONE ONLINE

- Procurati il numero di adesione.
- Dichiarare:
  - entro 5 giorni per l'assicurazione RC e infortuni individuale
  - entro 2 giorni in caso di furto

##### Attenzione in caso di furto dei bagagli:

L'assicurato deve esporre denuncia alle autorità locali competenti entro 24 ore dalla data del sinistro. Saranno risarciti solo gli elementi dichiarati e riportati nella denuncia.

Dichiara il tuo sinistro e carica i documenti sul sito Web:

<https://www.chapkadirect.it/sinistre>

Conserva gli originali, possono essere richiesti



# MEDICAL FILE

## FORMULARIO MÉDICO

## QUESTIONARIO MEDICO

### TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER

A COMPLETAR POR EL ASEGURADO / DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSICURATO

First and Last Name / Nombre y apellidos / Nome e cognome: .....

Contract number / N° de afiliación / N° di adesione: .....

Date of Birth / Fecha de nacimiento / Data di nascita (d/g - m - y/a): ..... / ..... / .....

### TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / A COMPLETAR POR EL MÉDICO / DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO

1° Reason for consultation / Motivo de la consulta / Motivo della visita: **Symptoms** / Síntomas / Sintomi

In case of an accident, please explain the circumstances

En caso de accidente, por favor explicar las circunstancias / In caso di infortunio, spiegare le circostanze :

Day of first symptoms / Fecha de los primeros síntomas / Data di comparsa dei primi sintomi (d/g - m - y/a):  
..... / ..... / .....

Is this the first episode? / ¿Es la primera vez? / È il primo episodio? .....

Any previous pathology associated with the symptoms?

¿Existe alguna patología previa relacionada con los síntomas?

Esistono delle patologie precedenti associate ai sintomi?

2° Findings after medical examination / Resultados después del examen clínico / Risultati sulla base degli esami clinici:

3° Clinical impression / Impresión diagnóstica / Impresione clinica:

4° Prescribed tests or scans / Exámenes o análisis recetados / Esami o analisi prescritti:

5° Confirmed diagnosis / Diagnóstico final / Diagnosi finale:

6° Prescribed treatment / Tratamiento recetado / Trattamento prescritto:

DOCTOR'S STAMP:  
SELLO DEL MÉDICO  
TIMBRO DEL MEDICO

DOCTOR'S SIGNATURE:  
FIRMA DEL MÉDICO  
FIRMA DEL MEDICO

DATE / FECHA / DATA :