



CAP WORKING HOLIDAY



malakoff médéric



europ assistance
you live we care*

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

¿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 58223432



Contacta con el centro de asistencia disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana al
+33 (0)1.41.85.93.16

¿REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS?

PARA EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS:

- Solo para la primera petición de reembolso: una copia de tu visado working holiday / work and holiday y los datos de tu cuenta bancaria
- Una copia de su carné de identidad
- 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 lo hubiere)

Para los gastos médicos de menos de 500€, escanea los documentos y envíalos por email a: **chapka@medical-administrators.com**

Para los gastos médicos de más de 500 € :

Envía los documentos originales por correo certificado a:



Chapka Assurances / MAI
Medical Administrators International
39 rue Anatole France
92532 Levallois Perret Cedex



Tel: +33 (0)1 84 79 08 82

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 GARANTÍAS DEL CONTRATO (EQUIPAJE, RESPONSABILIDAD CIVIL, ACCIDENTE PERSONAL)

INDÍCANOS :

Tu número de afiliación y realiza la declaración:
En un plazo de 5 días para las garantías de Responsabilidad Civil y de Accidente Personal
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

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 discovery of the illness / *Date d'apparition de la pathologie* / *Fecha de aparición* (d/j - m - y/a) ?
..... / /

Is this the first episode? / *S'agit-il de la première manifestation de la pathologie ?* / *¿Es la primera vez?*

How long has the patient suffered from this? / *Depuis combien de temps le patient souffre t-il ?* / *¿Desde cuándo lo padece el paciente?*

Are there any associated pathologies? / *Existe t-il des pathologies associées ?* / *¿Existe alguna patología asociada?*

Are there any related pre-existing pathologies? / *Existe t-il des pathologies pré-existantes ?* / *¿Padece alguna patología preexistente?*

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

Date / *Fecha* :