



CAP WORKING HOLIDAY



malakoff médéric * Vous vivez, nous veillons



QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

BESOIN D'ASSISTANCE ?

HOSPITALISATION GRAVE, RETOUR ANTICIPÉ, RAPATRIEMENT

Indiquez-nous :

- Vos nom(s) et prénom(s),
- Vos coordonnées (adresse, n° de téléphone),
- Votre numéro d'adhésion
- Le numéro de police **58223432**



**Appelez le plateau d'assistance
24/24 et 7/7 au :**

+33 (0)1.41.85.93.16

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX ?

DÉCLAREZ VOTRE SINISTRE SOUS 15 JOURS ET FOURNIR LES JUSTIFICATIFS SUIVANTS :

- Copie de votre visa working holiday
- RIB
- de la copie de votre pièce d'identité
- Factures des soins originales détaillées avec preuve du paiement
- Prescriptions médicales
- Le questionnaire médical complété par le professionnel de santé tamponné, daté, signé (reçu lors de la souscription)
- Rapport de police en cas d'accident
- Rapport de l'hôpital en cas d'hospitalisation Et/ ou de passage aux urgences (précisant la raison de votre visite, le traitement actuel et à suivre)

Pour les Frais médicaux < 500 €, scannez les factures et envoyez-les par email à :



chapka@medical-administrators.com

Pour les Frais médicaux > 500 €, envoyez les documents originaux sous pli confidentiel, à l'attention du «médecin conseil» à :

**Chapka Assurances / MAI
39 rue Anatole France
92532 Levallois Perret Cedex**



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

Conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés en cas de contrôle par l'assureur
Ne quittez pas l'hôpital sans le rapport, après il vous sera plus difficile de l'obtenir

LES AUTRES GARANTIES DU CONTRAT (BAGAGES, RC, INDIVIDUELLE ACCIDENT)

DÉCLARATION EN LIGNE

- Munissez-vous de votre numéro d'adhésion.
- Déclarez :
 - dans les 5 jours pour la RC et l'individuelle accident,
 - dans les 2 jours en cas de vol

Attention en cas de vol de bagages : l'Assuré doit obligatoirement déposer plainte auprès des autorités locales compétentes dans un délai de 24H suivant la date du Sinistre.

Seuls les objets déclarés et repris sur le dépôt de plainte seront indemnisés.

Déclarez votre sinistre et téléchargez les documents sur :



<http://www.chapkadirect.fr/sinistre>

Conservez bien les originaux, ils peuvent vous être demandés

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* :