



فرم اعلام خسارت درمانی مسافرتی کمک رسان (SOS)

اینجانب ----- دارنده گذر نامه شماره-----
و بیمه نامه SOS به شماره ----- /۱۲۳
از تاریخ ----- لغایت ----- به کشور/شهر -----
مسافرت نمودم و در تاریخ ----- به علت بیماری / حادثه -----
به پزشک مراجعه نموده
و تحت معالجه قرار گرفتم .

نظر به اینکه در آن تاریخ با مسئولین شرکت SOS تماس گرفته و شماره
پرونده اینجانب ----- می باشد ، ضمن ایفاد کپی از
صفحات گذر نامه (صفحه اول، صفحه مربوط به ویزا ،صفحه ورود و خروج) و
اصل نسخه پزشک و فاکتورهای پرداختی و اصل بیمه نامه ، خواهشمند است
موافقت فرمائید تا خسارت مربوطه که بالغ بر -----
می باشد ، طبق ضوابط به اینجانب پرداخت شود.

امضاء:

تلفن ثابت:

تلفن همراه :

تاریخ: