

IRAN ASSISTANCE COMPANY (SOS)



INTERNATIONAL
ASSISTANCE
GROUP
Core Partner



CERTIFICATION AND AUTHORIZATION RELEASE

PATIENT NAME:

Our Ref No:

Passport No.:

Date of birth:

Authorization to Release Medical and Other Information

I authorize any licensed physician, medical practitioner, hospital, clinic, other medical facility or provider of health care, insurer and provincial health insurance plan to provide to Iran Assistance Company, on behalf of the insurer that provides the coverage for which I am making a claim, as well as their representatives employed to assist in the administration of this claim, any information including personal and health information, data or records that are in their possession/knowledge regarding this claim, my medical condition, medical history and treatment.

مجوز انتشار مدارک پزشکی

اینجانب اجازه میدهم هر پزشک دارای مجوز ، بیمارستان، درمانگاه، مرکز پزشکی دیگری و یا ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی، بیمه گر و بیمه بهداشت و درمان هر گونه اطلاعات از جمله اطلاعات شخصی و درمانی، داده ها و یا مدارک، وضعیت پزشکی، سابقه پزشکی و درمانی در اختیار خود را در مورد این ادعا برای ارائه به شرکت کمک رسان ایران و همچنین نمایندگان آن شرکت برای رسیدگی به این ادعا، از طرف شرکت بیمه ای که پوشش هزینه های درخواست اینجانب را فراهم می کند، ارائه دهد.

Claimant Signature:

Date signed:

Iran Assistance Company

International Assistance Unit

Tel: +98 21 88648621

Fax: +98 21 88648502

Email: operation@iranassistance.com