



INTERNATIONAL
ASSISTANCE
GROUP
Core Partner

فرم اعلام خسارت درمانی مسافرتی کمک رسان (SOS)

اینجانب ----- دارنده گذر نامه شماره----- و بیمه نامه SOS به شماره -----
-----/123 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: