



بیمه یانسان گاد

فرم اعلام خسارت درمان 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 فرمایید تا خسارت مربوطه که بالغ بر -----
می باشد، طبق ضوابط به اینجانب پرداخت شود.

امضاء:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

تاریخ: