



فرم اعلام خسارت درمانی مسافرتی کمک رسان EVASAN

اینجانب ----- دارنده گذر نامه شماره-----

و بیمه نامه EVASAN 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 EVASAN 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 :