

## SOS-Formular

Genauere Angaben des Transports / Versicherten

Name/Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse/Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_

### Versicherungsdeckung

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Medica

Sana

Sana Plus

Ospita 1

Ospita Plus

### Diagnose:

Unfall

Krankheit

Tod

Datum und Zeit des Transports / der Rettung

Datum

Zeit

Ort des Unfalls / der Krankheit / des Todes

Art des Transports

Aufnahmeort

Zielort

Betrag

Fr.

Besteht eine Gönner- / Mitgliedschaft bei einer Rettungsflugwacht

### Wird von der sodalis gesundheitsgruppe ausgefüllt (bitte freilassen)

Transport

Rettung

**Kostenübernahme gemäss  
Versicherungsdeckung**

Medica:

Fr.

Zusatzversicherung:

Fr.

Rettungskarte:

Fr.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_