**Ellenőrző lista a szükséges dokumentációkról**

**Név: ……………………………………………………….**

**Dokumentumok:**

személyi igazolvány

 németországi lakcím

 német bankszámla IBAN száma

 egészségügyi nyilatkozat

 a biztosító a számláról minden hónap ……..-án a díjat levonja

 foglalkozás: ……………………………………..

 testmagasság: ………………………………………

testsúly: ………………………………………

biztosítási összeg: ………………………………………

komolyabb betegségei az elmúlt 10 évben: ………………………………………

………………………………………..……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………….…………………………………….

dohányzik: igen / nem

ha korábban dohányzott,

- akkor az elmúlt 10 évben dohányzott-e: igen / nem

- akkor az elmúlt 12 hónapban dohányzott-e: igen / nem

**Haláleseti kedvezményezett:**

személyi igazolvány

 lakcím

 bankszámla szám