**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