

**HALÁLESET UTÁNI ORVOSI NYILATKOZAT**  
**TESTAMENTUM, MEMENTO biztosításhoz**

Contact Center: 06 40 405 405

Fax: 06 1 458 4260

www.signal.hu, info@signal.hu

**Az alábbi, elhunyra vonatkozó nyilatkozatot az elhunyt biztosított háziorvosa teheti.**

Biztosított, elhunyt neve	
Anyja neve	
Születési dátuma	
A halál időpontja	
Kötvényszám	

**A Biztosított (elhunyt) a fentiekben megjelölt halál időpontját megelőző öt éven belül nem részesült kórházi ápolásban.**

dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ házi orvos aláírása/pecsétje

**A Biztosított (elhunyt) a fentiekben megjelölt halál időpontját megelőző öt éven belül kórházi ápolásban részesült.**

(Ez utóbbi válasz esetén zárójelentést/zárójelentéseket csatolni kell jelen igazoláshoz!)

dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ házi orvos aláírása/pecsétje