



**Az igényelt szolgáltatás típusa és időpontja**

Kérjük x-szel jelölni!

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> betegségi kórházi napi térítés                                      | Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata  |
| <input type="checkbox"/> betegségi műteli térítés  | Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata<br>(a műtétről szóló zárójelentések másolata is)   |
| <input checked="" type="checkbox"/> megbetegedés miatti gyógytartam                          | Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata<br>– táppénzes vagy orvosi igazolások másolatai a gyógytartamról   |
| <input type="checkbox"/> teljes és végleges egészségkárosodás<br>(rokkantsági díjmentesítés) | Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata<br>– a maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentumok másolatai<br>– nyugdíjazási határozat másolata |
| <input type="checkbox"/> rettegett/kritikus betegségi szolgáltatás                           | Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata  |

**Biztosító orvosának szakvéleménye:**

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
a biztosító szakorvosának aláírása

**Biztosító tölti ki:**

A kedvezményezett, a szerződő, illetve a biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.  
A hiánytalanul kitöltött igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
területi iroda bélyegzője és az átvevő aláírása