

Bejelentés  
Kamarai Tag Elhalálozása  
Magyar Orvosi Kamara Budapesti Területi Szervezete (MOK BTSZ)

Alulírott ..... (név)  
**a mellékelt halotti anyakönyvi kivonat másolatával** tudatom, a nevezett Tag elhalálozását.

Kapcsolata az elhunyt taggal	
<input type="checkbox"/> özvegye	<input type="checkbox"/> gyermeke
<input type="checkbox"/> törvényes örökös	<input type="checkbox"/> egyéb .....

Elhunyt Tag adatai	
Nyilvántartási szám (orvosi bélyegző szám)	
Egészségügyi tevékenység során használt név	
Születési név	
Személyi igazolványban szereplő név	
Születési hely és idő	_____ év ___ hó ___ nap
Anyja neve	
Elhalálozás dátuma	

Kérem tagsági viszonya megszüntetéséről intézkedésüket.

Kérem, hogy a MOK tagok részére kötött csoportos élet- és balesetbiztosítás kapcsán, a tagsági igazolást a haláleseti szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi elérhetőségre küldjék meg.

Tagsági igazolás kérése MOK C csoportos élet- és balesetbiztosítás érvényesítéséhez	
Név	
Postázási cím	

Tájékoztatjuk, hogy a MOK tagok részére kötött csoportos élet- és balesetbiztosítás részleteiről a [www.mokkomplex.hu](http://www.mokkomplex.hu) oldalon tájékozódhat.

**Fenti bejelentést büntetőjogi felelősségem tudatában teszem.**

Kelt: .....

.....  
alíírás