

# PITANJA O ZDRAVSTVENOM STANJU OSIGURANIKA

Svi podaci koji se obrađuju temeljem ovog dokumenta nužni su za izvršenje ugovora, a određeni podaci obrađuju se u svrhu ispunjenja pravnih (zakonskih) obveza osiguratelja.

Polica broj (upisati u slučaju zahtjeva za obnovu ili promjene po polici)

## Podaci o osiguraniku

Ime i prezime	OIB	Datum rođenja
---------------	-----	---------------

## Pitanja osiguraniku

1.	Visina? _____ cm	Težina? _____ kg		
2.	Pušite li?	Ako Da, što i koliko dnevno?		
	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da, e cigarete	<input type="checkbox"/> Da, do 19 cigareta dnevno	<input type="checkbox"/> Da, 20 i više cigareta dnevno
3.	Bolujete li trenutno ili ste u posljednjih 10 godina bolovali (ili imali tegobe) od povišenog krvnog tlaka (hipertenzije)? Ako Da, kako je Vaš krvni tlak reguliran?			
	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da, krvni tlak dobro reguliran terapijom koju redovno koristim i/ili redovno ga kontroliram	<input type="checkbox"/> Da, ne koristim redovno terapiju za krvni tlak i/ili ne vršim redovne kontrole	
4.	Imate li trenutno ili ste u posljednjih 10 godina imali povišene vrijednosti masnoća u krvi (kolesterol, trigliceridi i LDL)? Ako Da, jesu li vrijednosti masnoća unutar referentnih vrijednosti?			
	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da, masnoće u krvi dobro regulirane terapijom koju redovno koristim i/ili redovno kontrolirane	<input type="checkbox"/> Da, ne koristim redovno terapiju za masnoće u krvi i/ili ne vršim redovne kontrole	
5.	Bolujete li trenutno ili ste u posljednjih 10 godina bolovali (ili imali tegobe) od bilo kojeg oblika dijabetesa?			
	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da, dijabetes dobro reguliran terapijom koju redovno koristim i/ili se redovito kontroliram	<input type="checkbox"/> Da, ne koristim redovno terapiju za dijabetes i/ili ne vršim redovne kontrole	
6.	Jeste li ikada redovito konzumirali ili sada redovito konzumirate alkohol?			<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
	Ako Da, što i koliko dnevno?			
	Je li Vam ikad od strane liječnika bilo savjetovano da smanjite unos alkohola?			<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
7.	Imate li neku urođenu manu, tjelesnu deformaciju ili posljedicu nastalu zbog bolesti?			<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
	Ako Da, kada? Imate li zbog toga trajne posljedice?			
	Ako Da, navedite invaliditet u %:			
8.	Jeste li pretrpjeli koje nezgode, ozljede ili trovanja?			<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
	Ako Da, kada? Imate li zbog toga trajne posljedice?			
	Ako Da, navedite invaliditet u %:			
9.	Jeste li u posljednjih 5 godina redovito uzimali lijekove, sredstva za umirenje ili narkotike, te jesu li Vam trenutno lijekovi prepisani od strane liječnika?			<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
	Ako Da, zbog čega, kada, koje lijekove, koje narkotike...?			
10.	Jeste li trenutno ili u posljednjih 5 godina bili na liječničkih, dijagnostičkim pretragama, liječenju, terapiji, praćenju, promatranju, savjetovanju sa liječnikom/cima (liječnik opće prakse ili specijalist) ili je u sljedećih 12 mjeseci planirano nešto od prethodno navedenog?			<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
	Ako Da, zašto, kada i gdje			

Potpis osiguranika (obavezan na svakoj stranici)

11.	Jeste li trenutno ili u posljednjih 10 godina bili liječeni u bolnici ili toplicama, imali operacije ili je u sljedećih 12 mjeseci planirano nešto od prethodno navedenog? Ako Da, zašto, kada i gdje?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
12.	Bolujete li trenutno ili ste u posljednjih 10 godina bolovali (ili imali tegobe) od:		
	a) bolesti srca ili krvotoka (npr. začepljenje krvnih žila, cirkulacijske smetnje, promjene u EKG-u, angina (bolovi u prsima/prsištu), kardiomiopatija, bolesti srčanog zaliska, srčana mana, šum na srcu ili reumatska groznica)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	b) srčanog udara?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	c) moždanog udara ili krvarenja u mozgu?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	d) bolesti dišnih organa (npr. astma, alergija, tuberkuloza, bolesti bronha ili pluća)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	e) bolesti probavnih organa (npr. bolesti želuca, crijeva, gušterače, jetre, žuči)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	f) bolesti mokraćnih puteva (npr. bolesti bubrega, mjehura, giht, bjelančevine u mokraći) ili spolnih organa ili reproduktivnih organa?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	g) psihičkih bolesti (npr. depresije, psihoze, neuroze, bulimije, anoreksije, pokušaj samoubojstva, burn out sindroma, napada panike)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	h) bolesti mozga ili živaca (npr. multipla skleroza, nesvjestica, epilepsija, vrtoglavica, paraliza, kljenut)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	i) bolesti krvi i limfnog sustava (npr. leukemija, anemija, zgrušavanje krvi)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	j) oboljenja štitnjače?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	k) raka ili drugih tumora?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	l) alergija (npr. neurodermitis, sezonske alergije, alergije vezane uz posao i sl.)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	m) bolesti kože?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	n) bolesti očiju (npr. dioptrija +/-) ili ušiju?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	o) bolesti kralježnice, kostiju, zglobova, mišića, meniska, ligamenata (npr. diskus hernija, reuma, artritis, išijas, diskus prolaps, osteogenesis imperfecta, poteškoće u kretanju)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	p) akutnih ili kroničnih zaraznih bolesti (npr. hepatitis, tuberkuloza, malarija, AIDS)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	r) virusnih, bakterijskih ili gljivičnih bolesti koje su se ponavljale (pluća, želuca, crijeva, kože, mokraćnih i spolnih organa, središnjeg živčanog sustava)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	s) kod žena: ginekološka oboljenja?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
13.	Jeste li imali ili imate bolesti ili tegobe koje <u>nisu prethodno spomenute</u> ? Ako Da, koje?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
14.	Jesu li ikada utvrđeni nalazi koji odstupaju od normalnih vrijednosti (EKG, RTG, laboratorijski nalazi, HIV-test)? Ako Da, molimo pojasnite:	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
15.	Primate li ili ste podnijeli zahtjev za invalidsku mirovinu, utvrđivanje posljedica nesretnog slučaja ili nesposobnosti za rad? Ako Da, molimo pojasnite, te u slučaju invaliditeta navedite isti u %:	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne

Ovime izjavljujem da sam na sva pitanja u ovoj Izjavi odgovorio točno i potpuno. Ako se utvrdi suprotno, primijenit će se odredbe članka iz uvjeta za osiguranje života, sukladno uvjetima po kojima je sklopljen Ugovor o osiguranju života, odnosno Zakona o obveznim odnosima.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika (obavezan na svakoj stranici)