

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
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? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako Da, zašto, kada i gdje?

Potpis osiguranika (obavezan na svakoj stranici)

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> ?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ako Da, koje?		
14. Jesu li ikada utvrđeni nalazi koji odstupaju od normalnih vrijednosti (EKG, RTG, laboratorijski nalazi, HIV-test)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ako Da, molimo pojasnite:		
15. Primete li ili ste podnijeli zahtjev za invalidsku mirovinu, utvrđivanje posljedica nesretnog slučaja ili nesposobnosti za rad?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Ako Da, molimo pojasnite, te u slučaju invaliditeta navedite isti u %:		

U slučaju ugovorenog pokrića za slučaj teških malignih bolesti molimo odgovorite na niže navedena pitanja.

1. Jeste li pregledavani, liječeni, operirani ili boravili u bolnici zbog bilo kojeg oblika tumora, raka, leukemije, limfoma, polipa debelog crijeva, upalne bolesti crijeva (Crohnova bolest ili ulcerozni kolitis), gastroezofagealnog refluksa, kronične upale želuca – kroničnog gastritisa, policistične bubrežne bolesti, benignog poremećaja dojke, azbestoze, hepatitisa ili ciroze jetre, kožnih lezija ili madeža koji su krvarili, postali bolni, promijenili boju ili veličinu?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
2. Imate li više od 2 bliska srodnika (roditelj, braća i/ili sestre) koji su pregledavani, liječeni, operirani ili boravili u bolnici zbog bilo kojeg oblika tumora?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne

U slučaju potvrdno odgovorenih pitanja 7. – 15. (pitanja osiguraniku), te pitanja 1. (pokriće teških malignih bolesti), potrebno je navesti o kojoj se bolesti radi te dostaviti prateću medicinsku dokumentaciju (povijest bolesti i kontrolne nalaze).

Ovime izjavljujem da sam na sva pitanja u ovoj Izjavi odgovorio točno i potpuno. Ako se utvrdi suprotno, primijenit će se odredbe članaka 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)