

Pitanja o zdravstvenom stanju osiguranika

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

Podaci o osiguraniku

Ime i prezime	OIB	Datum rođenja	Spol M / Ž (zaokružiti)
<i>Adresa prebivališta / boravišta / sjedišta</i>			
Ulica i kućni broj	Mjesto i država	Poštanski broj	
Telefon	GSM	e-mail	

Pitanja osiguraniku

1.	Visina?	_____ cm
	Težina?	_____ kg
2.	Pušite li?	<input type="checkbox"/> Ne
		<input type="checkbox"/> Da, e cigarete
		<input type="checkbox"/> Da, do 19 cigareta dnevno
	Ako Da, što i koliko 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)?	<input type="checkbox"/> Ne
		<input type="checkbox"/> Da, krvni tlak dobro reguliran terapijom koju redovno koristim i/ili redovno ga kontroliram
	Ako Da, kako je Vaš krvni tlak reguliran?	<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)?	<input type="checkbox"/> Ne
		<input type="checkbox"/> Da, masnoće u krvi dobro regulirane terapijom koju redovno koristim i/ili redovno kontrolirane
	Ako Da, jesu li vrijednosti masnoća unutar referentnih vrijednosti?	<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.	Ime i prezime Vašeg osobnog liječnika: Kada i zašto ste ga posljednji put posjetili?		
8.	Imate li neku urođenu manu, tjelesnu deformaciju ili posljedicu nastalu zbog bolesti? Ako Da, kada? Imate li zbog toga trajne posljedice? Ako Da, navedite invaliditet u %:	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
9.	Jeste li pretrpjeli koje nezgode, ozljede ili trovanja? Ako Da, kada? Imate li zbog toga trajne posljedice? Ako Da, navedite invaliditet u %:	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
10.	Jeste li u posljednjih 5 godina redovito uzimali lijekove, sredstva za umirenje ili narkotike, te jesu li Vam trenutno lijekovi prepisani od strane liječnika? Ako Da, zbog čega, kada, koje lijekove, koje narkotike...?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
11.	Jeste li trenutno ili u posljednjih 5 godina bili na liječničkim, 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? Ako Da, zašto, kada i gdje?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
12.	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
13.	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
14.	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?		
15.	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:		
16.	Jesu li Vaši roditelji ili braće/sestre prije njihove navršene 55. godine starosti oboljeli ili umrli od šećerne bolesti, oboljenja srca ili krvotoka, moždanog udara, oboljenja bubrega, raka, duševnih ili nasljednih bolesti?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
	Ako Da, navedite od koje bolesti:		
17.	Primate 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 %:		

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.

Ovlašćujem Erste osiguranje Vienna Insurance Group d.d. da podatke koji imaju utjecaja na procjenu veličine rizika, provjeri kod odgovarajućih liječnika, zdravstvenih i drugih ustanova, sada i ubuduće.

Svi podaci koji se prikupljaju temeljem ove Police (o ugovaratelju osiguranja, osiguraniku i korisniku osiguranja) obavezni su za sklapanje i ispunjenje ugovora, a određeni podaci prikupljaju se i u svrhu ispunjenja zakonskih obveza osiguratelja prema poreznoj upravi i drugim nadležnim tijelima. Sve osobe čiji osobni podaci se prikupljaju imaju pravo na pristup podacima i pravo na ispravak podataka sukladno propisima kojima se regulira zaštita osobnih podataka.

Mjesto i datum	Potpis osiguranika
----------------	--------------------

Napomena:

Ovaj Zahtjev sastavljen je u dva (2) istovjetna primjerka od kojih jedan zadržava osiguranik, a jedan se dostavlja osiguratelju.