

## Pitanja o zdravstvenom stanju osiguranika

Polica broj (upisati u slučaju zahtjeva za obnovu)

### Podaci o osiguraniku

Ime i prezime	OIB	Datum rođenja	Spol M / Ž (zaokružiti)
---------------	-----	---------------	-------------------------

Ulica i kućni broj	Mjesto	Poštanski broj	Kontakt tel. i/ili e-mail adresa
--------------------	--------	----------------	----------------------------------

### Pitanja osiguraniku

1.	Visina? Težina?	_____ cm _____ kg
2.	Jeste li trenutno potpuno zdravi i radno sposobni? Ako Ne, zašto?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
3.	Pušite li? Ako da, što i koliko dnevno?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
4.	Jeste li ikada redovito konzumirali ili sada redovno konzumirate alkohol? Ako Da, što i koliko dnevno?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
5.	Ime i prezime Vašeg osobnog liječnika: Kada i zašto ste ga zadnji put posjetili?	
6.	Imate li neku urođenu manu, tjelesnu deformaciju ili posljedicu nastalu zbog bolesti? 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
7.	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
8.	Jeste li trenutno sada 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 navedenog? Ako Da, zašto, kada i gdje?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne



14.	<p>Primate li ili ste podnijeli zahtjev za invalidsku mirovinu, utvrđivanje posljedica nesretnog slučaja, nesposobnosti za rad ili bolesti?</p> <p>Postojeći invaliditet u %?</p>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
15.	<p>Imate li valjano osiguranje života (ili neki drugi proizvod kao npr. osiguranje kritičnih bolesti/teško bolesnih stanja, invaliditeta, nezgode ili slično) sklopljeno s nama kao osigurateljem ili s nekim drugim osigurateljem, ili je zaključenje takvog osiguranja u tijeku?</p> <p>Ako Da, kada (navesti početak osiguranja) i u kojem osiguravajućem društvu?</p>	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
16.	<p>Jeste li do sada imali police koje su prihvaćene s povećanim rizikom, ponude koje su odbijene ili odgođene ili ste raskinuli ugovor o osiguranju?</p> <p>Ako Da, kada (navesti početak osiguranja) i u kojem osiguravajućem društvu?</p>	<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.

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.

U ovoj su Izjavi mojom suglasnošću upisani i osobni podaci koji su Zakonom zaštićeni kao povjerljivi i tajni. Erste osiguranje Vienna Insurance Group d.d. i ostali sudionici u ovom pravnom odnosu dužni su s tim podacima postupati u skladu sa svojom zakonskom obvezom čuvanja tajnosti podataka za koje su saznali u poslovanju i ovlaštenu su ih koristiti u svojim poslovnim evidencijama uz odgovarajuće osiguranje povjerljivosti postupanja. Osobni podaci mogu se unositi u dokumentaciju koja nastaje radi pružanja osigurateljnih i financijskih usluga meni osobno, u svrhu mog informiranja o proizvodima i uslugama osigurateljne i financijske prirode te radi nedvojbene osobne identifikacije i zaštite mojih osobnih interesa u poslovanju s Erste osiguranjem Vienna Insurance Group d.d. ova izjava vrijedi sve do mog izričitog pismenog opoziva.

Nadalje, suglasan/suglasna sam da osiguravajuće društvo koristi osobne identifikacijske podatke i podatke iz Ugovora o osiguranju života (npr. vrsta ugovora, trajanje ugovora, visina osigurane svote, ali ni u kojem slučaju osjetljive medicinske podatke) kada meni osobno pruža uslugu ili me savjetuje po pitanju drugih financijskih proizvoda ili da na korištenje društvima iz svog koncerna i društvima partnerima. Također sam suglasan/suglasna da me telefonski ili putem nekih drugih telekomunikacijskih medija (npr. e-mail) obavijesti o drugim prijedlozima vezanima uz izmjene ugovora kao i o novim uslugama i zanimljivim temama.

Gore navedenu Izjavu o zaštiti i korištenju mojih osobnih podataka u potpunosti prihvaćam što potvrđujem i svojim potpisom na ovoj Izjavi.

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.