

Pitanja o zdravstvenom stanju osiguranika

Polica broj (upisati u slučaju zahtjeva za obnovu)

Podaci o osiguraniku

Ime i prezime	MBG/OIB	Datum rođenja	Spol M/Ž (zaokružiti)
Ulica i kućni broj	Mjesto	Poštanski broj	E-mail adresa

Pitanja osiguraniku

1. Osjećate li se sada potpuno zdravim?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
2. Visina? u cm Težina? u kg	
3. Pušite li? Ako da, što i koliko dnevno?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
4. Konzumirate li alkoholna pića? Koja i koliko?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
5. Bolujete li ili ste bolovali od:	
a) bolesti srca ili krvotoka (npr. visoki krvni tlak, začepljenje krvnih žila, srčani udar, moždani udar, srčana mana)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
b) raka ili drugih tumora?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
c) bolesti dišnih organa (npr. astma, tuberkuloza, upala bronha ili pluća)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
d) alergija?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
e) bolesti probavnih organa (npr. bolesti želuca ili crijeva, jetre, žuči)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
f) bolesti mokraćnih puteva ili spolnih organa (npr. bolesti bubrega, mjehura, giht, bjelančevine u mokraći)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
g) bolesti mozga ili živaca (npr. multipla skleroza, nesvjestica, epilepsija, vrtoglavice, depresije, kljenut)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
h) bolesti očiju (npr. dioptrija +/-) ili ušiju?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
i) oboljenja štitnjače?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
j) bolesti kralježnice (diskus hernija), zglobova (ligamenti)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
k) reume?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
l) bolesti kože?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
m) akutnih ili kroničnih zaraznih bolesti (npr. hepatitis, tuberkuloza, malarija, AIDS)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
n) virusnih, bakterijskih ili gljivičnih bolesti koje su se ponavljale (pluća, želudca, crijeva, kože, mokraćnih i spolnih organa, središnjeg živčanog sustava)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
o) ginekološke bolesti? Jeste li trudni? Ako da, predviđeni termin poroda?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
6. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije prethodno spomenuta?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
7. Jesu li ikada utvrđeni nalazi koji odstupaju od normalnih vrijednosti (npr. EKG, RTG, krvnog tlaka, laboratorijski nalazi, HIV-test)?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
8. Uzimate li ili ste uzimali lijekove ili narkotike redovito ili povremeno? Koje?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
9. Jeste li u zadnjih 5 godina bili na liječničkim pretragama, liječenju, savjetovanju s liječnikom/cima, operaciji, boravili u bolnici ili toplicama ili su sada predviđeni? Ako da, zašto, kada i gdje?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

10. Jeste li pretrpjeli koje nezgode, ozljede ili trovanja? Ako da kada? Imate li zbog toga trajne posljedice?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
11. Primete li ili ste podnijeli zahtjev za invalidsku mirovinu, utvrđivanje posljedica nesretnog slučaja, nesposobnosti za rad ili bolesti? Postojeći invaliditet u %? (u %)	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
12. Jeste li izvrgnuti posebnim opasnostima vezanim uz posao, sport ili slobodno vrijeme?*	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Ako da, želite li te rizike uključiti u osigurateljno pokrivanje?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
13. Jesu li se kod Vaših roditelja ili braće/sestara prije njihove navršene 65.godine starosti pojavile šećerna bolest, oboljenja srca ili krvotoka, moždani udar, oboljenja bubrega, rak, duševne ili nasljedne bolesti?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
14. Ime i prezime Vašeg osobnog liječnika: Kada i zašto ste ga zadnji put posjetili?	
15. Imate li već životno osiguranje? Ako da, koje osiguravajuće društvo i kolika je osigurana svota?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
16. Jeste li do sada imali kod nekog drugog osiguravajućeg društva police životnog osiguranja/osiguranja od nezgode koje su prihvaćene s povećanim rizikom, ponude koje su odbijene ili odgođene ili je zaključenje takvog osiguranja u tijeku? Ako da, kada i u kojem osiguravajućem društvu?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
17. Dodatna pojašnjenja na gore postavljena pitanja: (vrsta oboljenja, tegobe). U slučaju potvrđenih odgovora na gore navedena pitanja obavezno dodatno pojašnjenje.	
*Pod sudjelovanjem u rizičnim sportovima iz ovog stavka smatra se prije svega ali ne isključivo, sudjelovanje u sljedećim sportovima: upravljanje letjelicama, planinarenje, utrke vozila na motorni pogon, konjske utrke, ronjenje, paraglajding, atletika, boks, svi borilački sportovi, bungee jumping, padobranstvo, skijanje na vodi, jedrilicarstvo. Zanimanja s uvećanim rizikom za koje osiguratelj određuje uvećanu premiju osiguranja, osiguratelj ubraja posebice (ali ne i isključivo): rad u rudnicima, zanimanja vezana uz vađenje nafte, urana, zemnog plina i ostalih ruda i kamena; proizvodnju metala, građevinarstvo, zanimanja vezana uz opskrbu električnom energijom, proizvodnju kemikalija i kemijskih proizvoda, vatrogasce, spasilačke gosko-planinarske službe, pirotehničare, minere, sva zanimanja povezana s rukovanjem eksplozivom i eksplozivnim napravama i materijalima;	
Napomena: Osobe koje se profesionalno bave sportovima, ne mogu se osigurati za slučaj trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja.	

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. :

- Uvjeta za osiguranje života, odnosno članaka 932. i 933. Zakona o obveznim odnosima ili
- Opći uvjeta za osiguranje života, odnosno članaka 908. i 909. 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 uključujući i matični broj građana (MBG). 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 osigurateljskih i finansijskih usluga meni osobno, u svrhu mog informiranja o proizvodima i uslugama osigurateljske i finansijske 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 kom slučaju osjetljive medicinske podatke) kada meni osobno pruža uslugu ili me savjetuje po pitanju drugih finansijskih 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.