

Broj police: \_\_\_\_\_

**Osiguraničnikova izjava o zdravstvenom stanju****Podaci o osiguraniku**

Ime \_\_\_\_\_

Prezime \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Spol  m  ž

MBG \_\_\_\_\_

Ulica/trg \_\_\_\_\_ Kućni broj \_\_\_\_\_

Poštanski broj \_\_\_\_\_ Mjesto \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ GSM \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Zanimanje \_\_\_\_\_

**Pitanja osiguranicima**

- 1 Jeste li bolovali ili sada bolujete od neke bolesti: živčanog sustava, srca i krvotoka, žlijezda, osjetilnih, dišnih, probavnih, mokraćnih ili drugih organa, te drugih bolesti (npr. šećerna bolest, krvni tlak, rak, HIV pozitivan)? Ako DA priložite i medicinsku dokumentaciju.  da  ne
- 2 Imate li zdravstvene tegobe srca, pluća, jetre, gušterače, bubrega, prostate, spolnih organa, probavnog sustava, štitnjače, zglobovno koštanoz sustava, kralježnice? Ako DA priložite i medicinsku dokumentaciju.  da  ne
- 3 Imate li povišen šećer, povišeni kolesterol, povišene trigliceride, sniženu ili povišenu vrijednost krvnih stanica, povišen tlak? Ako DA priložite i medicinsku dokumentaciju.  da  ne
- 4 Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije prethodno spomenuta? Ako DA priložite i medicinsku dokumentaciju.  da  ne
- 5 Jeste li ikada bili operirani ili liječeni u bolnici? Ako DA navedite razlog i rezultate. \_\_\_\_\_  da  ne
- 6 Imate li sada predviđenu operaciju? Ako DA navedite razlog. \_\_\_\_\_  da  ne
- 7 Jeste li u zadnjih 5 godina bili na bolovanju dužem od 4 tjedna? Ako DA navedite razlog. \_\_\_\_\_  da  ne
- 8 Jeste li bili kod liječnika opće prakse ili specijaliste u zadnjih godinu dana? Ako DA, navedite razlog i rezultate. \_\_\_\_\_  da  ne
- 9 Jeste li bili na specijalnim pretragama u zadnjih godinu dana (npr. RTG, EKG, CT, NMR, EEG, endoskopija, HIV test, krvni tlak)? Ako DA, priložite nalaze.  da  ne
- 10 Za žene: jeste li trudni? Ako DA, priložite medicinsku dokumentaciju.  da  ne
- 11 Ime i prezime obiteljskog liječnika i naziv ustanove primarne zdravstvene zaštite \_\_\_\_\_  da  ne
- 12 Osjećate li se sada zdravim?  da  ne
- 13 Jeste li pretrpjeli kakvu nesreću? Ako DA navedite koju i kada? \_\_\_\_\_  da  ne
- 14 Imate li urođenu manu, tjelesni deformitet ili posljedicu nastalu zbog bolesti, odnosno ozljede? Ako DA priložite i medicinsku dokumentaciju.  da  ne
- 15 Jeste li ikada podnijeli zahtjev za utvrđivanje invaliditeta, primanjem invalidske mirovine ili kompenzacije zbog nesretnog slučaja, nesposobnosti za rad ili bolesti? Ako DA, priložite dokumentaciju.  da  ne
- 16 Je li Vaša radna sposobnost trenutno ograničena? Ako DA navedite razlog. \_\_\_\_\_  da  ne
- 17 Visina? Težina? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg
- 18 Uzimate li ili ste uzimali redovito lijekove? Ako DA, koje? \_\_\_\_\_  da  ne
- 19 Da li pušite? Ako DA, koliko cigareta dnevno?  da  ne
- 20 Jeste li ikada redovito konzumirali ili sada redovno konzumirate alkohol ili narkotike, sredstva za umirenje?  da  ne
- 21 Jeste li u svojem zanimanju izvrnuli posebnim opasnostima (npr. rad s eksplozivnim tvarima, zračenja, zadržavanja u opasnim područjima i sl.)? Ako DA, navedite kojima? \_\_\_\_\_  da  ne
- 22 Bavite li se nekim od sportova? Ako DA, navedite kojim i bavite li se rekreativno, amaterski ili profesionalno? \_\_\_\_\_  da  ne
- 23 Jesu li kod članova Vaše obitelji, a prije 65. godine života nastupile bolesti kao što su šećerna bolest, oboljenje krvnih žila ili srca, moždani udar, oboljenje bubrega, multipla skleroza, duševne ili nasljedne bolesti, karcinom ili neki drugi tumor?  da  ne

|                                  | majka | otac  | braća i sestre |
|----------------------------------|-------|-------|----------------|
| starost                          | _____ | _____ | _____          |
| zdravstveno stanje               | _____ | _____ | _____          |
| ako nije zdrav navesti oboljenje | _____ | _____ | _____          |
| starost u trenutku smrti         | _____ | _____ | _____          |
| razlog smrti                     | _____ | _____ | _____          |

Ovim izjavljujem da sam na sva pitanja u ovoj Izjavi odgovorio točno i potpuno. Ako se utvrdi suprotno, primijenit će se odredbe Uvjeta za osiguranje života. Ovlašćujem Allianz Zagreb d.d. da podatke koji imaju utjecaja na procjenu veličine rizika, provjeri kod odgovarajućih liječnika, zdravstvenih i drugih ustanova, sada i ubuduće.

Sklapanjem ovog ugovora, ugovaratelj osiguranja ovlašćuje Allianz Zagreb d.d. da prikuplja i dalje obrađuje njegove osobne podatke te ovlašćuje Allianz Zagreb d.d. da obrađuje i koristi osobne podatke osiguranika i korisnika osiguranja, na temelju prethodne pribavljene suglasnosti osiguranika i korisnika osiguranja dane ugovaratelju osiguranja, sve u svrhu obavljanja svog predmeta poslovanja u trajanju definiranim internim aktom Allianz Zagreb d.d. kojim se određuje obrada, korištenje i vremensko trajanje čuvanja osobnih podataka, te je ugovaratelj osiguranja suglasan da Allianz Zagreb d.d. njegove osobne podatke obrađuje u marketinške svrhe, sve dok ne uskrati svoju privolu na daljnje korištenje istih.

Mjesto: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Potpis osiguranika

\_\_\_\_\_