



Generali osiguranje d.d.
Ulica grada Vukovara 284
10000 Zagreb

OIB: 10840749604
Telefon: +385 (0)1 4600 400
Telefaks: +385 (0)1 4600 600
E-mail: info.hr@generali.com

IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU

Izjava uz ponudu/policu br: _____

Ime i prezime osiguranika : _____ Datum rođenja: _____

Adresa: _____ OIB: _____

Zanimanje: _____ Tel / Mob: _____

Naziv i adresa zdravstvene ustanove: _____

Ime i prezime Vašeg liječnika primame zaštite: _____

PITANJA ZA OSIGURANIKA:

1. Osjećate li se zdravi i jeste li radno sposobni?

DA NE Ako ne, zašto _____

2. Tjelesna visina i težina: _____ cm _____ kg

3. Jeste li u posljednjoj godini uzimali redovito lijekove ili narkotike i uzimate li ih sada? (izuzimaju se akutne kratke infektivne bolesti, kao što su viroze i prehlade)

DA NE Ako da, navesti koje _____

4. Da li ste imali kakve operacije (isključujući: operacije slijepog crijeva, vađenje krajnika, vađenje limfnih žlijezda u području ždrijela, operacija žuljeva, odstranjivanje žuči, zahvati kod lomova gornjih udova) ili rehabilitacijske terapije, kemoterapije, terapije radijem, izotopske ili rendgenske terapije u posljednjih 10 godina?

DA NE Ako da, navesti koje _____

5. Imate li i jeste li do sada imali visok krvni tlak, bolesti srca, krvi, želuca, jetre, žuči, gušterače, pluća, kože, kostiju ili zglobova, bubrega, mjehura, spolnih organa, duševnih bolesti ili bolesti živca, depresije, epilepsije, šećerne bolesti, kostobolje, povišene masnoće u krvi, reume i ostalih zdravstvenih tegoba?

DA NE Ako da, navesti koje _____

6. Imate li kakav tjelesni nedostatak (Npr. vid iznad 8 dioptrija, sljepilo, gluhoća, paraliziranost, jeste li invalid?) i dali ste se ikada podvrgli kliničkom ispitivanju prilikom kojeg je utvrđena neka posebna abnormalnost?

DA NE Ako da, navesti koji _____

7. Da li ste u prošlosti imali bolest ili nesreću čije su posljedice uključivale radnu nesposobnost?

DA NE Ako da, navesti koju _____

8. Da li ste uputili prijedlog za sklapanje police životnog osiguranja, osiguranja za slučaj teških bolesti, za slučaj invaliditeta ili potrebe dugotrajne njege koji je odbijen ili nije prihvaćen prema važećim uvjetima?

DA NE Ako da, navesti _____

9. Bavite li se športom amaterski ili profesionalno?

Amaterski: DA NE Ako da, kojim _____

Profesionalno: DA NE Ako da, kojim _____

10. Radite li s eksplozivnim sredstvima, sredstvima koja zrače ili nekim drugim materijalima opasnim po zdravlje?

DA NE Ako da, navesti koje _____

PRILOG MEDICINSKA DOKUMENTACIJA: _____

Potpisom ove izjave, pod moralnom i zakonskom odgovornošću izjavljujem i potvrđujem da su svi upisani podaci, točni, potpuni i ažurni te da su odgovori na sva pitanja istinita i cjelovita. Potvrđujem da sam upoznat s činjenicom da davanje netočnih podataka predstavlja povredu ugovorne obveze koja može imati za posljedicu ništetnost ugovora o osiguranju te da je Osiguratelj u tom slučaju dužan postupati sukladno zakonu i Uvjetima osiguranja.

Ovim putem ovlašćujem Generali osiguranje d.d. da od bilo kojeg državnog tijela, privatne i/ili javne zdravstvene ustanove i/ili suda traži i/ili ima pravo uvida u medicinsku i istoj pripadajuću dokumentaciju sadržanu u spisima koji se vode kod navedenih subjekata u vezi s procjenom ponude i/ili zahtjeva radi prijave osiguranog slučaja. Odobravam liječniku/ liječnicima koji me liječe, liječniku/ liječnicima koji su me ranije liječili kao i nositelju/ nositeljima dobrovoljnog i obveznog zdravstvenog osiguranja otkriti podatke u vezi mogao liječenja (tajnu liječničku dokumentaciju i predmet) Generali osiguranju d.d. kao ovlaštenoj osobi u svrhu procjene ponude i/ili rješavanja osiguranog slučaja.

Izjava za korištenje i obradu osobnih podataka

Potpisom ove izjave dajem privolu, sukladno odredbama Zakona o zaštiti osobnih podataka, da se moji osobni podaci mogu koristiti u svrhe sklapanja i ispunjenja ugovora o osiguranju. Istodobno dajem izričitu suglasnost Generali osiguranju d.d. da u navedene svrhe poduzima sve radnje vezane uz obradu svih prikupljenih osobnih podataka (uključivo i davanje na korištenje drugim članicama Generali Grupe, odnosno drugim osobama u trajnijem poslovnom odnosu s Generali osiguranjem d.d.), i to za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju i njegovih pravnih učinaka. Također, potpisom ove ponude potvrđujem da sam upoznat sa slučajevima prestanka obveze čuvanja osobnih i drugih povjerljivih podataka navedenim u Informacijama ugovaratelju osiguranja – prethodna obavijest.

Osiguratelj može prikupljati, obrađivati i koristiti moje osobne podatke u svrhu istraživanja o zadovoljstvu pružene usluge i u svrhe marketinga produkata članica Generali Grupe, sve dok se tome ne usprotivim.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika

Potpis zakonskog skrbnika
(ako je osiguranik maloljetna osoba)