

**GENERALI**

Izjava o zdravstvenom stanju

Izjava uz ponudu/policu broj:

Osigurana osoba, ime i prezime		OIB:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
datum i godina rođenja	Spol	Zanimanje
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	<input type="text"/>
Adresa:		Telefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Pitanja za osiguranika:

1.	Naziv i adresa zdravstvene ustanove: <input type="text"/>
	Ime i prezime vašeg liječnika primarne zaštite: <input type="text"/>
2.	Osjećate li se zdravi i jeste li radno sposobni? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako ne, zašto <input type="text"/>
3.	Tjelesna visina i težina <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
4.	Nalazite li se trenutno pod liječničkom kontrolom ili na medicinskoj terapiji? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, navedite razlog, koliko dugo i imenujte lijek ili terapiju <input type="text"/>
5.	Jeste li u posljednjoj godini uzimali redovito ljekove ili narkotike i uzimate li ih i sada? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, navedite koje i koliko dugo <input type="text"/>
6.	Jeste li bili operirani u posljednjih 10 godina ili ste iz nekog drugog razloga boravili u bolnici, rehabilitacijom centru ili lječilištu? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, navedite zašto, kada i gdje <input type="text"/>
7.a	Imate li bolesti srca, krvi, želuca, jetre, žuči, gušterače, pluća, kože, kostiju ili zglobova, bubrega, mjehura, spolnih organa, duševnih bolesti ili bolesti živaca, depresije, epilepsije, šećerne bolesti, povišene masnoće u krvi, reume ili ostalih zdravstvenih tegoba? Ako da, navedite bolest, koliko dugo je trajala i terapiju <input type="text"/>
7.b	Imate li povišeni krvni tlak? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, navedite kako dugo i vrijednosti <input type="text"/>
8.a	Imate li kakav tjelesni nedostatak? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, navedite koji <input type="text"/>
8.b	Jeste li invalid? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, navedite razlog i stupanj invalidnosti <input type="text"/>
9.a	Za žene: jeste li trudni? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, navedite mjesec trudnoće <input type="text"/>
9.b	Za muškarce: jeste li oslobođeni vojnog roka? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, navedite razlog <input type="text"/>
10.	Konзумirate li dnevno nikotin, alkohol, narkotike ili sredstva za umirenje? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, navedite što i koliko <input type="text"/>
11.	Bavite li se športom, rekreativno, amaterski ili profesionalno? Rekreativno: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, kojim <input type="text"/> Amaterski: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, kojim <input type="text"/> Profesionalno: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, kojim <input type="text"/>
12.	Jeste li izloženi posebnim opasnostima (kao npr. ronjenje na dubini većoj od 20 m, pilotiranje, zmajarstvo, padobranstvo, paragliding, auto ili moto utrke, alpinizam, spelologija i sl.)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, kojim <input type="text"/>
13.	Jeste li pri Vašem zanimanju izloženi posebnim opasnostima (kao npr. rad s eksplozivnim tvarima, zračenje ili druga sredstva opasna po zdravlje)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako da, kojim <input type="text"/>

Prilog medicinska dokumentacija:

Osiguranik potpisom potvrđuje točnost svih navedenih podataka i odgovora na pitanja te pristaje da liječnici, domovi zdravlja, nositelji osiguranja osiguratelju dostave informacije i podatke koji su potrebni za procjenu izjave o zdravstvenom stanju te ih oslobađa od profesionalne šutnje.