

Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranog lica

Organizaciona jedinica		Broj ponude	
Datum početka osiguranja		Broj polise	
I. Podaci o osiguranom licu			
Ime i prezime		Datum rođenja	
Tjelesna težina (kg)	Tjelesna visina (cm)	Status:	Student:
			Učenik srednje škole:
			Nezaposlen:
			Drugo:
Zaposlen (Poslodavac)		Vrsta posla *obavezno popuniti	
Penzioner:	Invalidska penzija (navesti razlog odlaska u invalidsku penziju) * Obavezno priložiti izvještaj Komisije za invalidsku penziju		
II. Podaci o ličnom ljekaru			
Ime i prezime		Zdravstvena ustanova	
III. Postojeća osiguranja i lične navike osiguranog lica (u slučaju potvrdnog odgovora molimo da navedete detalje)			
1.	Da li ste već osigurani nekim od oblika životnog osiguranja odnosno da li ste trenutno u postupku prijema u bilo koje drugo životno osiguranje?	Da	Ne
2.	Da li je bilo koja od vaših ponuda za životno osiguranje u prošlosti odbijena, odložena ili prihvaćena pod posebnim uslovima?	Da	Ne
3.	Da li se bavite (ili namjeravate da se bavite) rizičnim sportovima ili aktivnostima odnosno opasnim poslovima i da li ste registrovani član neke sportske organizacije?	Da	Ne
Molimo da navedete prosječan broj cigareta koje konzumirate dnevno. Molimo da navedete vrstu i prosječnu dnevnu količinu alkoholnih pića koja konzumirate.			
IV. Ispunite u slučaju životnog osiguranja (u slučaju potvrdnog odgovora molimo da navedete detalje i priložite medicinsku dokumentaciju)			
1.	Da li ste bili upućeni odnosno da li namjeravate da u bližoj budućnosti obavite specijalistički pregled, liječenje ili operaciju?	Da	Ne
2.	Da li ste bolovali od bilo koje bolesti zbog koje ste zatražili pomoć ili savjet ljekara a koja je u vezi sa:		
a)	Kardiovaskularnim sistemom (povišen krvni pritisak, srčani udar, otkazivanje srca, angina pectoris, reumatska groznica, tegobe sa srčanim zaliscima, šum na srcu, moždani udar, itd.)?	Da	Ne
b)	Nervnim sistemom ili duševnim smetnjama (epilepsija, vrtoglavica, nesvjestica, tremor, paraliza, dječja paraliza, depresija, psihoza, itd.)?	Da	Ne
c)	Rakom , nekontrolisanim rastom ćelija	Da	Ne
d)	Sistemom za varenje (čir ili druge želudačne bolesti, bolesti pankreasa, jetre, žuči, trbušne duplje, itd.)?	Da	Ne
e)	Disajnim organima (astma, bronhitis, tuberkuloza, itd.)?	Da	Ne
f)	Krvlju ili metabolizmom (dijabetes, visok nivo holesterola, štitna žlijezda, itd.)?	Da	Ne
g)	Urinarim traktom(bolesti bubrega, beške ili polnih organa)	Da	Ne
h)	Bilo kojom drugom bolešću koja nije pomenuta?	Da	Ne
3.	Da li ste ikada bili na specijalističkom pregledu, liječenju u bolnici ili na operaciji? Da li ste bili upućeni na CT, UZ, RTG ili na liječenje zračenjem?	Da	Ne
4.	Da li ste ikada potražili pomoć, bili na savjetovanju ili se liječili od alkoholizma ili bilo koje druge vrste zavisnosti?	Da	Ne
5.	Da li ste ikada potražili pomoć ili savjet, testirali se ili liječili od infekcije virusom HIV, polnim bolestima, hepatitisom ili psihičkim smetnjama u ishrani, odnosno da li namjeravate to učiniti?	Da	Ne
6.	Da li ste u posljednjih pet godina bili spriječeni za rad duže od 14 dana neprekidno?	Da	Ne
V. Ispunite u slučaju dopunskog osiguranja od nezgode (u slučaju potvrdnog odgovora molimo da navedete detalje i priložite medicinsku dokumentaciju)			
1.	Da li ste nekada bili fizički povrijeđeni? * U slučaju potvrdnog odgovora molimo da navedete datum i vrstu povrede, posljedice i eventualni stepen tjelesnog invaliditeta i priložite medicinsku dokumentaciju)	Da	Ne
VI. Ispunite u slučaju dopunskog osiguranja od težih bolesti i povreda (u slučaju potvrdnog odgovora molimo da navedete detalje)			
1.	Da li su vaši roditelji, braća ili sestre oboljeli ili umrli od sljedećih bolesti: infarkta, moždanog udara, multiple skleroze, Alchajmerove bolesti, Parkinsonove bolesti, šećerne bolesti, neuroloških bolesti, mišićne distrofije, Huntingtonove bolesti, bubrežnih oboljenja? *U slučaju potvrdnog odgovora molimo da navedete vrstu bolesti i u kojoj životnoj dobi se prvi put javila.	Da	Ne
VII. Potpisi			
Potpis osiguranog lica	Potpis	Mjesto	Datum

VISOKO POVJERLJIVI PODACI