



Lovćen-životna osiguranja AD
Marka Miljanova 29/III
81000 Podgorica

T 020 231 882
F 020 231 881
E info@lovcenzivot.me
W www.lovcenzivot.me

lovćen

Lovćen životna osiguranja AD



Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranog lica



Lovćen-životna osiguranja AD
Marka Miljanova 29/III
81000 Podgorica

T 020 231 882
F 020 231 881
E info@lovcenzivot.me
W www.lovcenzivot.me

lovćen

Lovćen životna osiguranja AD



Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranog lica

Organizaciona jedinica	<input type="text"/>	Broj polise	<input type="text"/>
Početak osiguranja	<input type="text"/> dan <input type="text"/> mjesec <input type="text"/> godina	Broj ponude	<input type="text"/>

I Podaci o osiguranom licu

Prezime i ime	<input type="text"/>	Datum rođenja	<input type="text"/>
Tjelesna težina (kg)	<input type="text"/>	Tjelesna visina (cm)	<input type="text"/>
Status:	Student <input type="checkbox"/>	Đak <input type="checkbox"/>	Nezaposlen <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zaposlen (poslodavac)	<input type="text"/>	Vrsta posla (obavezno ispuniti)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Starosni penzioner	<input type="checkbox"/> Invalidski penzioner* (upišite uzrok penzionisanja) *Obavezno priložiti rješenje invalidske komisije	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II Podaci o ličnom ljekaru

Navedite ime i prezime vašeg ličnog ljekara	<input type="text"/>
Prezime i ime	<input type="text"/>
Zdravstvena ustanova	<input type="text"/>

III Postojeća osiguranja i lične navike osiguranog lica (u slučaju potvrdnog odgovora navedite detalje)

1. Da li ste već osigurani nekim od oblika životnog osiguranja ili ste u postupku prihvata za neko drugo osiguranje?	DA/NE <input type="checkbox"/>
2. Da li je ikad neka od vaših ponuda životnog osiguranja bila odbijena, odložena ili prihvaćena pod posebnim uslovima?	<input type="checkbox"/>
3. Da li se bavite (ili namjeravate da se bavite) rizičnim sportovima ili aktivnostima i da li ste registrovani član neke sportske organizacije?	<input type="checkbox"/>
4. Da li se bavite opasnim poslovima?	<input type="checkbox"/>
Molimo da navedete broj cigareta koje dnevno konzumirate.	<input type="text"/>
Molimo da navedete vrstu i prosječnu dnevnu količinu alkoholnih pića koje konzumirate.	<input type="text"/>

IV Ispunite za životna osiguranja (u slučaju potvrdnog odgovora navedite detalje i priložite fotokopije medicinske dokumentacije)

1. Da li ste bili upućeni odnosno namjeravate li u bližoj budućnosti obaviti specijalistički pregled, liječenje, operaciju?	DA/NE <input type="checkbox"/>
2. Da li ste imali neku bolest ili ste tražili savjet ljekara u vezi sa:	
a) kardiovaskularnim sistemom, kao što su povišen krvni pritisak, srčani infarkt, otkazivanje rada srca, angina pectoris, reumatska groznica, poteškoće sa srčanim zaliscima, šum na srcu, moždani udar itd.?	<input type="checkbox"/>
b) nervnim sistemom ili duševnim smetnjama kao što su epilepsija, vrtoglavica, nesvjestica, drhtanje, paraliza, depresija, psihoza itd.?	<input type="checkbox"/>
c) rakom, nekontrolisanim rastom ćelija?	<input type="checkbox"/>
d) probavnim sistemom, kao što je čir ili želudačne bolesti, bolesti pankreasa, jetre, žuči itd.?	<input type="checkbox"/>
e) disajnim organima (astma, bronhitis, tuberkuloza)?	<input type="checkbox"/>
f) krvlju ili metabolizmom, kao što je šećerna bolest, štitna žlijezda, visok nivo holesterola, itd?	<input type="checkbox"/>
g) urinarnim traktom, kao što su bolesti bubrega, bešike ili polnih organa?	<input type="checkbox"/>
h) Neke druge bolesti koje nijesu pomenute?	<input type="checkbox"/>
3. Da li ste ikada bili na specijalističkom pregledu, liječenju u bolnici ili na operaciji? Da li ste bili upućeni na CT, RTG ili liječenje zračenjem?	<input type="checkbox"/>
4. Da li ste u prošlosti ikada trebali pomoć, savjetovali se ili se liječili zbog uživanja alkoholnih pića ili neke druge vrste zavisnosti (npr. od opojnih sredstava)?	<input type="checkbox"/>
5. Da li ste se ikada ili se tek namjeravate savjetovali, testirati ili liječiti vezano za infekciju HIV virusom, polnim bolestima, hepatitisom, psihičkim smetnjama zbog ishrane?	<input type="checkbox"/>
6. Da li ste u posljednjih pet godina bili spriječeni za rad duže od 14 dana neprekidno?	<input type="checkbox"/>

V Ispunite kod osiguranja dopunske nezgode (u slučaju potvrdnog odgovora navedite detalje i priložite fotokopije medicinske dokumentacije)

Da li ste ikada bili tjelesno povrijeđeni? Ako je odgovor DA, navedite datum, vrstu povrede, posljedice i mogući stepen tjelesnog invaliditeta te priložite medicinsku dokumentaciju.	DA/NE <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------

VI Ispunite kod dodatnog osiguranja težih bolesti i povreda (u slučaju potvrdnih odgovora navedite detalje i starost pri pojavi bolesti)

Da li su vaši roditelji, braća, sestre oboljeli ili umrli od jedne od nasljednih bolesti: srčani infarkt, moždani udar, rak, multipla skleroza, Alzheimerova bolest, Parkinsonova bolest, šećerna bolest, neurološka bolest, mišićna distrofija, Huntingtonova bolest, bolesti bubrega?	DA/NE <input type="checkbox"/>				
Potpis osiguranog lica	<input type="text"/>	Mjesto	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>



Lovćen-životna osiguranja AD
Marka Miljanova 29/III
81000 Podgorica

T 020 231 882
F 020 231 881
E info@lovcenzivot.me
W www.lovcenzivot.me

lovćen

Lovćen životna osiguranja AD



Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranog lica

Organizaciona jedinica Broj polise

Početak osiguranja dan mjesec godina Broj ponude

I Podaci o osiguranom licu

Prezime i ime Datum rođenja

Tjelesna težina (kg) Tjelesna visina (cm) Status: Student Đak Nezaposlen Ostalo

Zaposlen (poslodavac) Vrsta posla (obavezno ispuniti)

Starosni penzioner Invalidski penzioner* (upišite uzrok penzionisanja)
*Obavezno priložiti rješenje invalidske komisije

II Podaci o ličnom ljekaru

Navedite ime i prezime vašeg ličnog ljekara

Prezime i ime Zdravstvena ustanova

III Postojeća osiguranja i lične navike osiguranog lica (u slučaju potvrdnog odgovora navedite detalje)

	DA/NE
1. Da li ste već osigurani nekim od oblika životnog osiguranja ili ste u postupku prihvata za neko drugo osiguranje?	<input type="checkbox"/>
2. Da li je ikad neka od vaših ponuda životnog osiguranja bila odbijena, odložena ili prihvaćena pod posebnim uslovima?	<input type="checkbox"/>
3. Da li se bavite (ili namjeravate da se bavite) rizičnim sportovima ili aktivnostima i da li ste registrovani član neke sportske organizacije?	<input type="checkbox"/>
4. Da li se bavite opasnim poslovima?	<input type="checkbox"/>

Molimo da navedete broj cigareta koje dnevno konzumirate. _____

Molimo da navedete vrstu i prosječnu dnevnu količinu alkoholnih pića koje konzumirate. _____

IV Ispunite za životna osiguranja (u slučaju potvrdnog odgovora navedite detalje i priložite fotokopije medicinske dokumentacije)

	DA/NE
1. Da li ste bili upućeni odnosno namjeravate li u bližoj budućnosti obaviti specijalistički pregled, liječenje, operaciju?	<input type="checkbox"/>
2. Da li ste imali neku bolest ili ste tražili savjet ljekara u vezi sa:	
a) kardiovaskularnim sistemom, kao što su povišen krvni pritisak, srčani infarkt, otkazivanje rada srca, angina pectoris, reumatska groznica, poteškoće sa srčanim zaliscima, šum na srcu, moždani udar itd.?	<input type="checkbox"/>
b) nervnim sistemom ili duševnim smetnjama kao što su epilepsija, vrtoglavica, nesvjestica, drhtanje, paraliza, depresija, psihoza itd.?	<input type="checkbox"/>
c) rakom, nekontrolisanim rastom ćelija?	<input type="checkbox"/>
d) probavnim sistemom, kao što je čir ili želudačne bolesti, bolesti pankreasa, jetre, žuči itd.?	<input type="checkbox"/>
e) disajnim organima (astma, bronhitis, tuberkuloza)?	<input type="checkbox"/>
f) krvlju ili metabolizmom, kao što je šećerna bolest, štitna žljezda, visok nivo holesterola, itd?	<input type="checkbox"/>
g) urinarnim traktom, kao što su bolesti bubrega, bešike ili polnih organa?	<input type="checkbox"/>
h) Neke druge bolesti koje nijesu pomenute?	<input type="checkbox"/>
3. Da li ste ikada bili na specijalističkom pregledu, liječenju u bolnici ili na operaciji? Da li ste bili upućeni na CT, RTG ili liječenje zračenjem?	<input type="checkbox"/>
4. Da li ste u prošlosti ikada trebali pomoć, savjetovali se ili se liječili zbog uživanja alkoholnih pića ili neke druge vrste zavisnosti (npr. od opojnih sredstava)?	<input type="checkbox"/>
5. Da li ste se ikada ili se tek namjeravate savjetovali, testirati ili liječiti vezano za infekciju HIV virusom, polnim bolestima, hepatitisom, psihičkim smetnjama zbog ishrane?	<input type="checkbox"/>
6. Da li ste u posljednjih pet godina bili spriječeni za rad duže od 14 dana neprekidno?	<input type="checkbox"/>

V Ispunite kod osiguranja dopunske nezgode (u slučaju potvrdnog odgovora navedite detalje i priložite fotokopije medicinske dokumentacije)

Da li ste ikada bili tjelesno povrijeđeni? Ako je odgovor DA, navedite datum, vrstu povrede, posljedice i mogući stepen tjelesnog invaliditeta te priložite medicinsku dokumentaciju.

DA/NE

VI Ispunite kod dodatnog osiguranja težih bolesti i povreda (u slučaju potvrdnih odgovora navedite detalje i starost pri pojavi bolesti)

Da li su vaši roditelji, braća, sestre oboljeli ili umrli od jedne od nasljednih bolesti: srčani infarkt, moždani udar, rak, multipla skleroza, Alzheimerova bolest, Parkinsonova bolest, šećerna bolest, neurološka bolest, mišićna distrofija, Huntingtonova bolest, bolesti bubrega?

DA/NE

Potpis osiguranog lica	Mjesto	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>