



UNIQA osiguranje d.d.
tel. (01) 6324 200
faks (01) 6324 250
OIB: 75665455333
e-mail: info@uniqa.hr

POVJERLJIVO

Podaci o zdravlju

Ime i prezime osiguranika

1. Broj police:	<input type="text"/>
2. OIB osiguranika:	<input type="text"/>
3. Jeste li potpuno zdravi?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Oboljenja? Smetnje? <input type="text"/>
4. Jeste li potpuno radno sposobni?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/>
5. Visina? Težina?	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
6. Dnevna količina alkohola i duhana?	<input type="text"/> Alkohol <input type="text"/> Duhan
7. Uzimate li ili ste uzimali redovito lijekove? Koristite li ili ste koristili droge ili neka druga opojna sredstva?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Koje? Od kada do kada? <input type="text"/>
8. Prezime i ime Vašeg liječnika. Naziv ustanove u kojoj obavlja djelatnost.	Prezime i ime, ustanova <input type="text"/>
9. Jeste li u zadnje 3 godine bili na pretragama ili su Vas savjetovali neki drugi liječnici osim navedenog?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Koji? <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
10. Jeste li doživjeli nezgode?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kad? Kako? Posljedice? <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
11. Imate li urođeni ili stečeni tjelesni deformitet ili neke druge posljedice bolesti ili nezgode?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Od kada? Koji je postotak invalidnosti? Uzrok? <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
12. Imate li ili ste imali bolesti, tegobe ili smetnje	Koje? Od kada do kada? <input type="text"/>
a) srca, krvotoka ili krvnih žila (npr. povišeni krvni tlak, aritmije srca, pritiske u području srca, teško disanje kod napora, proširenje krvnih žila, trombozu),	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
b) oboljenja živčanog sustava (npr. oduzetosti, epilepsija, multipla skleroza) ili duševne smetnje (npr. depresije),	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
c) osjetljivih organa - oči (vidne smetnje, oboljenja očne mrežice, dupla slika), ušiju ili nosa,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Dioptrija <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> D Da Ne <input type="text"/>
d) kostiju, zglobova ili mišića (npr. reuma, iskrivljenje kralježnice, oboljenja zglobova koljena),	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
e) dišnih organa (npr. kronični bronhitis, astma),	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
f) probavnih organa (npr. želuca ili crijeva, žuči, jetre ili gušterače),	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
g) bubrega ili mokraćnih putova (npr. upale mokraćnog mjehura ili bubrega, kamenac),	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
h) krvi ili imunološkog sustava (npr. infektivna oboljenja, alergije, HIV infekcije, AIDS, leukemija),	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
i) metabolizma npr. šećerna bolest, povišene masnoće u krvi (npr. kolesterol), giht, žlijezde (npr. štitna žlijezda),	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
j) kože (npr. ekcemi, gljivice),	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
k) ženskih ili muških spolnih organa (npr. oboljenja maternice, prsne žlijezde, prostate),	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
l) ili nekih drugih navedenih oboljenja (kao npr. dobroćudni ili zloćudni tumori)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
13. Jeste li operirani ili Vam je savjetovana operacija?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kada? Zbog čega? Gdje? <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
14. Je li bilo potrebno dodatno liječenje (lijekovi, zračenje)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kada? Zbog čega? Gdje? <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
15. Jeste li ikada više od 4 tjedna bili radno nesposobni?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zašto? Od - do? <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
16. Jeste li boravili u bolnici, liječilištu ili rehabilitacijskom centru?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kada? Zbog čega? Gdje? <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
17. Jeste li zadnja 4 mjeseca prije ispunjavanja ponude napravili laboratorijske pretrage srca (npr. EKG) ili neke druge pretrage s fotografskim ispisima (npr. rendgen, kompjutorska tomografija, ultrazvuk, HIV test itd.)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kada? Zbog čega? Gdje? <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>
18. Postoje li ili su postojale u obitelji srčana ili krvnožilna oboljenja (npr. infarkt, angina pectoris), moždani udari, bubrežna oboljenja (npr. ciste), zloćudni tumori ili živčane odn. duševne bolesti?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kod koga? Koje? U kojoj starosnoj dobi? <input type="text"/> Da Ne <input type="text"/>

Ukoliko ste na neko od pitanja odgovorili sa **da** (osim prva dva pitanja), molimo **priložite liječničku dokumentaciju** uz ovu ponudu. Poznato mi je da UNIQA osiguranje d.d. poštuje privatnost i sigurnost osobnih podataka kao i da prikupljanje, korištenje i obradu podataka provodi u posebne, izričite i zakonite svrhe uz poštovanje svih načela i zakonskih propisa obrade podataka kako je navedeno u Informacijama o obradi podataka na www.uniqa.hr. Upoznat sam sa svojim pravom zatražiti UNIQA osiguranje da mi navedeni dokument dostavi putem pošte ili e-mail adrese. Svojim potpisom potvrđujem da su svi u njemu navedeni podaci točni i ažurni. Upoznat sam s učinkom koji na ugovor o osiguranju ima davanje netočnih ili nepotpunih podataka.

Datum i mjesto

Potpis djelatnika/suradnika

Potpis ugovaratelja osiguranja (i pečat, ako je ugovaratelj pravna osoba)

Potpis osigurane osobe (odnosno roditelja ili staratelja)

X Odgovarajuće označite