

| | |
|---|---|
| 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? |
| 4. Jeste li potpuno radno sposobni? | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 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"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne Koje? Od kada do kada? |
| 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? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| 10. Jeste li doživjeli nezgode? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kad? Kako? Posljedice? Da <input type="checkbox"/> 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? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| 12. Imate li ili ste imali bolesti, tegobe ili smetnje | Koje? Od kada do kada? |
| 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"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| b) - oboljenja živčanog sustava (npr. oduzetosti, epilepsija, multipla skleroza) ili duševne smetnje (npr. depresije), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| c) - osjetilnih organa - očiju (vidne smetnje, oboljenja očne mrežice, dupla slika), ušiju ili nosa, | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> Dioptrija <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L |
| d) - kostiju, zglobova ili mišića (npr. reuma, iskrivljenje kralježnice, oboljenja zglobova koljena), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| e) - dišnih organa (npr. kronični bronhitis, astma), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| f) - probavnih organa (npr. želuca ili crijeva, žuč, jetre ili gušterače), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| g) - bubrega ili mokraćnih putova (npr. upale mokraćnog mjehura ili bubrega, kamenac), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| h) - krvi ili imunološkog sustava (npr. infektivna oboljenja, alergije, HIV infekcije, AIDS, leukemija), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| j) - kože (npr. ekcemi, gljivice), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| k) - ženskih ili muških spolnih organa (npr. oboljenja maternice, prsne žlijezde, prostate), | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| l) - ili nekih drugih navedenih oboljenja (kao npr. dobroćudni ili zloćudni tumori)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| 13. Jeste li operirani ili Vam je savjetovana operacija? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kada? Zbog čega? Gdje? Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| 14. Je li bilo potrebno dodatno liječenje (lijekovi, zračenje)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kada? Zbog čega? Gdje? Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| 15. Jeste li ikada više od 4 tjedna bili radno nesposobni? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zašto? Od - do? Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| 16. Jeste li boravili u bolnici, liječilištu ili rehabilitacijskom centru? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kada? Zbog čega? Gdje? Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| 17. Kod žena: Jeste li trudni? Broj poroda. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| 18. 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? Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne <input type="text"/> |
| 19. 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? Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 poštivanje 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 sa učinkom koji na ugovor o osiguranju ima davanje netočnih ili nepotpunih podataka.