

**ZAMOLBA ZA OBNOVU OTKAZANOG UGOVORA
O ŽIVOTNOM OSIGURANJU**

Ugovor broj

Ime i prezime osigurane osobe:

Zanimanje koje obavljam:

Zaposlen-na kod:

PITANJA ZA OSIGURANIKU	
<p>1. a. Je li Vaša radna sposobnost trenutno ograničena? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, koliko? _____</p> <p>1. b. Jeste li sada zdravi i potpuno sposobni za rad? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>1. c. Je li Vam priznato tjelesno oštećenje? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, koliko? _____</p>	<p>8. Jeste li u posljednjih 10 godina bili bolesni, liječeni, operirani ili bolujete od bolesti:</p> <p>8. a. srca ili krvnih žila (npr. srčana mana, aritmija, visoki krvni tlak) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. b. dišnih organa (npr. astma, kronični bronhitis, cistična fibroza) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. c. probavnih organa (npr. želuca, crijeva, jetra, žuči, gušterače) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. d. bubrega (npr. bjelančevine ili šećer u krvi), bolesti mokraćovoda ili spolnih organa <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. e. psihe (npr. depresija, psihoza, psihičke smetnje, PTSP, suicidalni pokušaj), mozga ili živaca (npr. paraliza, epilepsija) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. f. ušiju <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. g. očiju (dioptrijska se ne smatra bolešću, upisati ukoliko postoji) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE dioptrijska/vidna oštrina desno <input type="text"/> dioptrijska/vidna oštrina lijevo <input type="text"/></p> <p>8. h. kože/sluznice <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. i. žlijezda, slezene, metabolizma (npr. giht, štitnjača, dijabetes, bulozna dermatitoza) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. j. kostura (npr. kralježnica, meniskus, deformacija kičme, ograničenja kretanja, amputacija) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. k. urođenih mana, deformacija, tjelesnih nedostataka ili nasljednih bolesti <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. l. limfnih žlijezdi <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. m. nešto drugo <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>
<p>2. Jeste li u zadnjih 5 godina bili duže od 4 tjedna neprekidno bolesni? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>	
<p>3. Jeste li u zadnjih 5 godina bili na pregledima, liječenjima savjetovanjima kod liječnika, na operacijama, u bolnici, klinici ili sanatoriju, lječilištu, odnosno je li nešto od toga predviđeno? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Molimo priložiti svu potrebnu dokumentaciju.</p>	
<p>4. Ime, prezime Vašeg liječnika, naziv i adresa zdravstvene ustanove: _____</p>	
<p>5. a. Postoje li već osiguranja Vašeg života, za slučaj nesposobnosti za rad u struci, nesposobnosti za privređivanje, odnosno invalidnosti i dodatna osiguranja? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Svota osiguranja _____ Osiguratelj _____</p> <p>5. b. Jesu li zatražena ili će biti zatražena daljnja osiguranja? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>5. c. Jesu li takvi zahtjevi ili osiguranja (života, u slučaju nesposobnosti za rad ili privređivanje, odnosno invalidnosti) ponuđeni pod otežavajućim uvjetima, odgođeni ili odbijeni? Ako DA, kod kojeg društva, kada i zbog čega? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE _____</p>	
<p>6. Jeste li primali ili primate mirovinu ili ste dali zahtjev za invalidsku mirovinu zbog nesretnog slučaja ili nesposobnosti za rad? Ako je odgovor DA, molimo priložiti dokumentaciju. <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Oznaka bolesti prema rješenju o umirovljenju / stupanj invalidnosti? _____</p>	
<p>7. Jeste li u posljednjih 10 godina postojale ili postoje sljedeće bolesti:</p> <p>7. a. karcinom ili druge vrste tumora <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>7. b. alergije <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>7. c. akutne ili kronične infektivne bolesti, npr. tuberkuloza, sifilis, malarija, AIDS <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>7. d. posljedice prijašnjih bolesti, nesreća, otrovanja ili ozljeda, alergije <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>7. e. srčani infarkt <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>7. f. suženje ili začepljenje koronarnih arterija <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>7. g. moždani udar <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>7. h. multipla skleroza, ciroza jetre <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>7. i. ostale bolesti, zdravstvene smetnje ili tjelesna oštećenja o kojima gore nije postavljeno pitanje? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, koje? _____</p>	<p>Ako je odgovor DA, molimo prilog otpusnog pisma, povijesti bolesti sa specijalističkih pregleda i nalaze učinjenih pretraga!</p> <p>9. a. Pijete li alkoholna pića? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, koja i koliko? Točan navod količine u dcl: _____</p> <p>9. b. Jeste li uzimali ili uzimate često ili redovito lijekove ili narkotike? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, koje i kolika je dnevna doza? _____</p> <p>9. c. Jeste li ikad prekomjerno uzimali alkohol, duhan ili narkotike ili ste bili liječeni zbog istog? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>9. d. Pušite li? Ako DA, koliko cigareta dnevno? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE _____</p> <p>9. e. Jeste li ikad pušili? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, kada i koliko cigareta dnevno? _____</p>
	<p>10. Vaša visina i težina? kg _____ cm _____</p>
	<p>11. Jeste li Vam u bilo koje vrijeme kod pregleda nalazi bili izvan granične vrijednosti (npr. elektrokardiogram, röntgen, mjerenje krvnog tlaka, pregled urina i krvi, HIV test)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>

<p>12. Jeste li izloženi posebnim opasnostima</p> <p>a) na radnom mjestu (npr. zračenja, eksplozivne tvari, radioaktivne supstance, vatra, rad na visini, itd.) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>b) u slobodno vrijeme ili u Vašoj profesionalnoj djelatnosti (npr. sudjelovanje u auto-moto utrckama, ronjenje, boks, planinarenje, letenje, letenje zmajem, padobranstvo, itd)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>c) na putovanju u krizna područja, trope ili sudjelujući u ekspedicijama? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, kojim? (upisati) _____</p>	<p>14. Pitanje za muškarce Planirate li pristupiti vojnim oružanim snagama? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>
<p>13. Pitanje za žene Jeste li ste trudni? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, je li trudnoća uredna? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>	<p>15. Bavite li se sportom? Ako DA, kojim i da li je rekreativno, amaterski ili profesionalno? (upisati) _____</p> <p>16. Jeste li ikada boravili u nekoj izvaneuropskoj zemlji (osim odmora) ili to planirate u dogledno vrijeme? Ako DA, gdje? Kada? Kako dugo? Svrha? _____</p>

ISPUNITI SAMO ZA OSIGURANJE OTB i MDD

17. Jesu li kod članova Vaše obitelji, a prije navršenih 65 godina života nastupile bolesti kao što su šećerna bolest, oboljenje krvnih žila ili srca, moždani udar, oboljenje bubrega, multipla skleroza, duševne ili nasljedne bolesti, karcinom ili neki drugi tumori?

Br.	Starost	Zdravstveno stanje, ako nije zdrav navesti oboljenje	Kada, kako dugo	Starost u trenutku smrti	Razlog smrti
majka					
otac					
braća i sestre					

Opširni podaci u vezi pitanja na koja ste odgovorili sa DA:

Br.	Vrsta oboljenja, tegoba, promjene	Kada, kako dugo	Ime, prezime i adresa liječnika/bolnice, ukoliko ste bili na pregledu ili liječenju

Molim Vas da obnovite Ugovor o osiguranju br.koji je otkazan zbog neplaćanja s

danom U prilogu dostavljam dokaz o uplati nepodmirene premije osiguranja.

Ugovaratelj osiguranja/osiguranik izjavljuje da su svi podaci točni i istiniti, te je suglasan da će snositi posljedice davanja krivih podataka.

Potpis ugovaratelja osiguranja/(pečat za pravne osobe)

Potpis osigurane osobe

.....

.....

Mjesto, datum

.....