

ZAMOLBA ZA OBNOVU KAPITALIZIRANOG UGOVORA PO ŽIVOTNOM OSIGURANJU

Ugovor broj

Ime i prezime osigurane osobe:

Zanimanje koje obavlja osigurana osoba:

Zaposlen-na kod:

PITANJA ZA OSIGURANIK A	
<p>1. a. Je li Vaša radna sposobnost trenutno ograničena? Ako DA, koliko? _____ <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</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? Ako DA, koliko? _____ <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 invalidnost 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 invalidnost) pomuđeni 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 primete mirovinu ili ste dali zahtjev za invalidsku mirovinu zbog nesretnog slućaja ili nesposobnosti za rad? Ako je odgovor DA, molimo priložiti dokumentaciju. <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Oznaka bolesti prema rješenu o umirovljenju / stupanj invalidnosti? _____</p> <p>7. Jesu 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 infekcijske 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. srćani infarkt <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>7. f. suženje ili zaćepljenje 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>8. Jeste li u posljednjih 10 godina bili bolesni, lijećeni, operirani ili bolujete od bolesti:</p> <p>8. a. srca ili krvnih ųila (npr. srćana mana, aritmija, visoki krvni tlak) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. b. dišnih organa (npr. astma, kronični bronhitis, cistićna fibroza) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. c. probavnih organa (npr. ųelUCA, crijeva, jetra, ųući, gušteraće) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. d. bubrega (npr. bjelanćevine 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, psihićke smetnje, PTSP, suicidalni pokušaj), mozga ili ųivaca (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. oćiju (dioptriya se ne smatra bolešću, upisati ukoliko postoji) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE dioptriya/vidna oštrina desno _____ dioptriya/vidna oštrina lijevo _____</p> <p>8. h. koųe/sluznice <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. i. ųlijezda, slezene, metabolizma (npr. giht, ųtitnjaća, dijabetes, bulozna dermatoz a) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. j. kostura (npr. kraljeųnica, meniskus, deformacija kićme, ogranićenja kretnji, 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 ųlijezdi <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. m. nešto drugo <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Ako je odgovor DA, molimo prilog oćpusnog pisma, povijesti bolesti sa specijalistićkih pregleda i nalaze ućinjenih pretraga!</p> <p>9. a. Pijete li alkoholna pića? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, koja i koliko? Toćan navod kolićine u del: _____</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 prekomjern o uzimali alkohol, duhan ili narkotike ili ste bili lijećeni 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 teųina? kg _____ cm _____</p> <p>11. Jesu li Vam u bilo koje vrijeme kod pregleda nalazi bili izvan granićne 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 utrkama, 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</p> <p>Ako DA, kojim? (upisati)</p> <p>_____</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</p> <p>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>_____</p>																																				
<p>ISPUNITI SAMO ZA OSIGURANJE OTB I MDD</p>																																					
<p>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?</p>																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Br.</th> <th>Starost</th> <th>Zdravstveno stanje, ako nije zdrav navesti oboljenje</th> <th>Kada, kako dugo</th> <th>Starost u trenutku smrti</th> <th>Razlog smrti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Br.	Starost	Zdravstveno stanje, ako nije zdrav navesti oboljenje	Kada, kako dugo	Starost u trenutku smrti	Razlog smrti	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Br.</th> <th>Vrsta oboljenja, tegoba, promjene</th> <th>Kada, kako dugo</th> <th>Ime, prezime i adresa liječnika/bolnice, ukoliko ste bili na pregledu ili liječenju</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Br.	Vrsta oboljenja, tegoba, promjene	Kada, kako dugo	Ime, prezime i adresa liječnika/bolnice, ukoliko ste bili na pregledu ili liječenju	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Br.	Starost	Zdravstveno stanje, ako nije zdrav navesti oboljenje	Kada, kako dugo	Starost u trenutku smrti	Razlog smrti																																
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																
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 kapitaliziran zbog neplaćanja s danom

Priloženo 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 i potpis odgovorne osobe za pravne osobe)

.....
Potpis osigurane osobe

.....
Mjesto, datum