

IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU OSIGURANIKA

Dopuna zahtjevu za povećanjem pokrivača

Ugovor broj

Ime i prezime osigurane osobe:OIB:

Zanimanje koja obavlja osigurana osoba:Kontakt telefon:

1.a.	Je li Vaša radna sposobnost trenutno ograničena?	DA	NE	10.	Jeste li u posljednjih 10 godina bili bolesni, liječeni, operirani ili bolujete od:	DA	NE
1.b.	Jeste li sada zdravi i potpuno sposobni za rad?	DA	NE	10.a.	srca ili krvnih žila (npr. srčana mana, aritmija, visoki krvni tlak)	DA	NE
1.c.	Je li Vam priznato tjelesno oštećenje? Ako DA, koliko? _____	DA	NE	10.b.	dišnih organa (npr. astma, kronični bronhitis, cistična fibroza)	DA	NE
2.	Jeste li u zadnjih 5 godina bili duže od 4 tjedna neprekidno bolesni?	DA	NE	10.c.	probavnih organa (npr. želuca, crijeva, jetra, žuči, gušterače)	DA	NE
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? Molimo priložiti svu potrebnu dokumentaciju.	DA	NE	10.d.	bubrega (npr. bjelanjčevine ili šećer u krvi), bolesti mokraćovoda ili spolnih organa	DA	NE
4.	Ime, prezime Vašeg liječnika, naziv i adresa zdravstvene ustanove: _____			10.e.	psihe (npr. depresija, psihoza, psihičke smetnje, PTSP, suicidalni pokušaj), mozga ili živaca (npr. paraliza, epilepsija)	DA	NE
5.a.	Postoje li već osiguranja Vašeg života, za slučaj nesposobnosti za rad u struci, nesposobnosti za privređivanje, odnosno invalidnosti i dodatna osiguranja? Svota osiguranja _____ Osiguratelj _____	DA	NE	10.f.	ušiju	DA	NE
5.b.	Jesu li zatražena ili će biti zatražena daljnja osiguranja?	DA	NE	10.g.	očiju (dioptrija se ne smatra bolešću) dioptrija/vidna oština desno _____ dioptrija/vidna oština lijevo _____	DA	NE
5.c.	Jesu li takvi zahtjevi ili osiguranja (životna, u slučaju nesposobnosti za rad ili privređivanje, odnosno invalidnost) ponudeni pod otežavajućim uvjetima, odgođeni ili odbijeni? Ako DA, kod kojeg društva, kada i zbog čega? _____	DA	NE	10.h.	kože/sluznice	DA	NE
6.	Jeste li primali ili primite mirovinu ili ste dali zahtjev za invalidsku mirovinu zbog nesretnog slučaja ili nesposobnosti za rad? Ako je odgovor DA, molimo priložiti dokumentaciju. Oznaka bolesti prema rješenju u umirovljenju/stupanj invalidnosti? _____	DA	NE	10.i.	žlijezda, slezene, metabolizma (npr. giht, štitnjača, dijabetes, bulozna dermatozna)	DA	NE
7.	Jesu li u posljednjih 10 godina postojale ili postoje sljedeće bolesti: Ako DA, koje?	DA	NE	10.j.	kostura (npr. kralježnica, meniskus, deformacija kičme, ograničenja kretnji, amputacija)	DA	NE
7.a.	karcinom ili druge vrste tumora	DA	NE	10.k.	urođenih mana, deformacija, tjelesnih nedostataka ili nasljednih bolesti	DA	NE
7.b.	alerģije	DA	NE	10.l.	limfnih žlijezdi	DA	NE
7.c.	akutne ili kronične infekcijske bolesti, npr. tuberkuloza, sifilis, malarija, AIDS	DA	NE	10.m.	nešto drugo Ako je odgovor DA, molimo priloz otpusnog pisma, povijesti bolesti sa specijalističkih pregleda i nalaze učinjenih pretraga	DA	NE
7.d.	posljedice prijašnjih bolesti, nesreća, otrovanja ili ozljeda, alergije	DA	NE	11.a.	Pijete li alkoholna pića? Ako DA, koja i koliko? Točan navod količine u dcl: _____	DA	NE
7.e.	srčani infarkt	DA	NE	11.b.	Jeste li uzimali ili uzimate često ili redovito lijekove ili narkotike? Ako DA, koje i kolika je dnevna doza? _____	DA	NE
7.f.	suženje ili začepjenje koronarnih arterija	DA	NE	11.c.	Jeste li ikad prekomjerno uzimali alkohol, duhan ili narkotike ili ste bili liječeni zbog istog?	DA	NE
7.g.	moždani udar	DA	NE	11.d.	Puшите li? Ako DA, koliko cigareta dnevno? _____	DA	NE
7.h.	multipla skleroza, ciroza jetre	DA	NE	11.e.	Jeste li ikad pušili? Ako DA, kada i koliko cigareta dnevno? ____	DA	NE
7.i.	ostale bolesti, zdravstvene smetnje ili tjelesna oštećenja o kojima gore nije postavljeno pitanje? Ako DA, koje? _____	DA	NE	12.	Jeste li izloženi posebnim opasnostima?	DA	NE
8.	Jesu li Vam u bilo koje vrijeme kod pregleda nalazi bili izvan graničnih vrijednosti (npr. elektrokardiogram, rentgen, mjerenje krvnog tlaka, pregled urina i krvi, HIV test)?	DA	NE	12.a.	na radnom mjestu (npr. zračenja, eksplozivne tvari, radio aktivne supstance, vatra, rad na visini, itd.)?	DA	NE
9.	Visina i težina? _____ cm _____ kg			12.b.	u slobodno vrijeme ili u Vašoj profesionalnoj djelatnosti (npr. sudjelovanje u auto-moto utrkama, ronjenje, boks, planinarenje, letenje, letenje zmajem, padobranstvo itd.)?	DA	NE
				12.c.	na putovanju u krizna područja, trope ili sudjelujući u ekspedicijama? Ako DA, kojim?	DA	NE
				13.	Planirate li pristupiti vojnim oružanim snagama?	DA	NE
				14.	Bavite li se sportom? Ako DA, kojim i da li rekreativnoamaterski ili profesionalno?	DA	NE
				15.	Jeste li ikad boravili u nekoj izvaneuropskoj zemlji (osim odmora) ili to planirate u dogledno vrijeme? Ako DA, gdje, kada, kako dugo, svrha? _____	DA	NE

Ispuniti samo za osiguranje MDD i OTB

16.	Jesu li kod članova Vaše obitelji, (majka, otac, braća i sestre) 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, Parkinsonova bolest, Alzheimerova bolest, karcinom ili neki drugi tumori?	DA	NE
	Starost / Zdravstveno stanje (ako nije zdrav navesti oboljenje)	Kada/ dugo	kako
	Starost u trenutku smrti / Razlog smrti		
majka			
otac			
braća i sestre			
Opširni podaci u vezi pitanja na koja ste odgovorili sa DA:			
Pitanje broj	Vrsta oboljenja, tegoba, promjene	Kada/ dugo	kako
			Ime, prezime i adresa liječnika/bolnice, ukoliko ste bili na pregledu ili liječenju

Ugovaratelj osiguranja/osiguranik izjavljuje da su svi podaci točni, potpuni i ažurni te da je suglasan da će snositi posljedice davanja krivih podataka i ovlašćuje Merkur osiguranje d.d. za provjeru svih podataka kod odgovarajućeg liječnika i zdravstvenih ustanova radi procjene rizika.

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Također potvrđujem da sam upoznat/a s Informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dostupne na www.merkur.hr – Zaštita podataka.

U Dana.....

.....

Potpis/pečat ugovaratelja osiguranja Potpis osigurane osobe