

Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika

Broj police:

Podaci o osiguraniku:

Ime i prezime Ulica i kućni broj

Pošanski broj Mjesto

MBG/MB OIB

Telefon GSM

e-mail @ Spol osiguranika: M Ž

Pitanja osiguraniku:

- 1] Jeste li bolovali ili se liječili od moždanog udara, epilepsije, povišenog krvnog tlaka, reumatoidnog artritisa, raka, bubrežnog kamenaca, ulkus želuca/duodenuma, Alzheimerove bolesti, depresije, bolesti krvožilnog sustava, multipleks skleroze, melanoma, mentalnih bolesti, bronhitisa/astme/KOBP, koronarne insuficijencije, dijabetesa, bolesti jetre i bubrega? Ako DA priložite medicinsku dokumentaciju. DA NE
- 2] Jeste li imali ili imate povišen/snižen šećer, povišen kolesterol, povišene trigliceride, sniženu ili povišenu vrijednost krvnih zrnaca? Ako DA priložite medicinsku dokumentaciju. DA NE
- 3] Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije prethodno spomenuta? Ako DA priložite medicinsku dokumentaciju. DA NE
- 4] Uzimate li ili ste uzimali redovito lijekove? Ako DA, koje? DA NE
- 5] Imate li sada predviđenu operaciju? Ako DA navedite razlog. DA NE
- 6] Za žene: Jeste li trudni? Ako DA priložite medicinsku dokumentaciju. DA NE
- 7] Jeste li pretrpjeli kakvu nesreću? Ako DA navedite koju i kada. DA NE
- 8] Imate li urođenu manu, tjelesni deformitet ili posljedicu nastalu zbog bolesti, odnosno ozljede? Ako DA priložite medicinsku dokumentaciju. DA NE
- 9] Jeste li ikada podnijeli zahtjev za utvrđivanje invaliditeta, primanjem invalidske mirovine ili kompenzacije zbog nesretnog slučaja, nesposobnosti za rad ili bolesti? Ako DA priložite dokumentaciju. DA NE
- 10] Je li Vaša radna sposobnost trenutno ograničena? Ako DA navedite razlog. DA NE
- 11] Jeste li u svojem zanimanju izvrnuti posebnim opasnostima [npr. rad s eksplozivnim tvarima, zračenja, zadržavanja u opasnim područjima i sl.]? Ako DA, navedite kojima? DA NE
- 12] Bavite li se nekim od sportova? Ako DA, navedite kojim i bavite li se rekreativno, amaterski ili profesionalno? DA NE
- 13] Visina? cm Težina? kg.
- 14] Ime i prezime obiteljskog liječnika i naziv ustanove primarne zdravstvene zaštite

Mjesto/datum:

Potpis osiguranika:

NAPOMENA:

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la istinito i potpuno. Ako se utvrdi suprotno, primijenit će se odredbe Uvjeta za osiguranje života. Ovlašćujem Agram životno osiguranje d.d. da podatke koji imaju utjecaja na procjenu veličine rizika, provjeri kod odgovarajućih liječnika, zdravstvenih i drugih ustanova, sada i ubuduće. Sklapanjem ovog ugovora, ugovaratelj osiguranja ovlašćuje Agram životno osiguranje d.d. da prikuplja i dalje obrađuje njegove osobne podatke te ovlašćuje Agram životno osiguranje d.d. da obrađuje i koristi osobne podatke osiguranika i korisnika osiguranja, na temelju prethodne pribavljene suglasnosti osiguranika i korisnika osiguranja dane ugovaratelju osiguranja, sve u svrhu obavljanja svog predmeta poslovanja u trajanju definiranim internim aktom Agram životnog osiguranja d.d. kojim se određuje obrada, korištenje i vremensko trajanje čuvanja osobnih podataka, te je ugovaratelj osiguranja suglasan da Agram životno osiguranje d.d. njegove osobne podatke obrađuje u marketinške svrhe, sve dok ne uskrati svoju privolu na daljnje korištenje istih.