

Ukoliko ste na neko od pitanja odgovorili sa da (osim pitanja broj 13) molimo priložite liječničku dokumentaciju. Na postavljena pitanja molimo Vas odgovorite u potpunosti i točno, jer čak i na prvi pogled beznačajne informacije mogu biti važne.

Osobni podaci

Prezime, ime Datum i godina rođenja OIB Matični broj u obveznom osiguranju Ostali osobni podaci nalaze se na pripadajućoj ponudi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Pitanja o zdravstvenom stanju

- Opći podaci Težina: kg Visina: cm
- Jeste li u zadnjih godinu dana izgubili ili dobili na težini?
 ne da Ako da, koliko kilograma?
- Dnevna količina alkohola i duhana?
 ne da Alkohol? Dnevna količina? ne da Duhan? Dnevna količina?
- Jeste li pod stalnom terapijom lijekovima?
 ne da Početak? Vrsta? Dnevna količina?
- Koristite li ili ste koristili droge ili neka druga opojna sredstva?
 ne da Početak? Vrsta? Dnevna količina?
- Jeste li doživjeli nezgode?
 ne da Kada? Kako? Posljedice?
- Imate li urođeni ili stečeni tjelesni deformitet ili neke druge posljedice bolesti ili nezgode?
 ne da Od kada? Koji postotak invalidnosti? Uzrok?
- Jeste li u zadnje tri godine bili na specijalističkim pregledima i pretragama?/Jesu li vam preporučene ili indicirane pretrage?
 ne da Kojim? Koje?
- Jeste li ikad bili podvrgnuti operativnom zahvatu, jeste li naručeni ili planirate operativni zahvat?
 ne da Kada? Kojem?
- Jeste li boravili ili Vam je preporučen boravak u bolnici, lječilištu ili rehabilitacijskom centru?
 ne da Kada? Zbog čega?
- Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana?
 ne da Radi čega? Koliko dugo?
- Koristite li neka medicinska pomagala, npr.: očna pomagala (naočale/kontaktne leće) ili slušna pomagala?
 ne da Dioptrija: Lijevo Desno Od kada? Koju vrstu?
- Imate li sanirano zubalo?
 ne da Broj popravljenih? Koliko nedostaje? Nosite li protezu?

14. Imate li ili ste imali bolesti ili tegobe? Molimo vas da u tablici označite koje, te priložite aktualnu medicinsku dokumentaciju.

	SADA	RANIJE	OBITELJ		SADA	RANIJE	OBITELJ		SADA	RANIJE	OBITELJ
SRCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	METABOLIZAM (npr. masnoće)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KOSTI, ZGLOBOVI, MIŠIĆI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KRVOŽILNI SUSTAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KRV I IMUNOLOŠKI SUSTAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROLOŠKI SUSTAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POVIŠENI KRVNI TLAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BUBREZI I MOKRAĆNI PUTEVI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUŠEVNE BOLESTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIŠNI ORGANI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KOŽA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	USNA ŠUPLJINA I ZUBI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBAVNI ORGANI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ŽENSKI I MUŠKI SPOL. ORG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOBROČUDNI TUMORI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JETRA I ŽUČNI PUTEVI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HPV INFEKCIJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZLOČUDNI TUMORI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ŠEĆERNA BOLEST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OČI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV, AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ŽLIJEZDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UHO, GRLO, NOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEKO DRUGO NENAVIDENO OBOLJENJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Jeste li trudni?
 ne da Datum zadnje menstruacije Broj trudnoća/ broj poroda
- Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:

Prezime, ime liječnika

Popunjava UNIQA osiguranje

Procjena zdravstvenog rizika/postotak korekcije

Izjava osiguranika

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da sam na sva pitanja odgovorio-la istinito i potpuno. Istovremeno uzimam na znanje da nesavjesno dani krivi podaci predstavljaju povredu ugovorne obveze koja može imati kao posljedicu poništenje ugovora o osiguranju. Oslobođam čuvanja profesionalne liječničke tajne svog liječnika koji zbog utvrđivanja osiguravajućeg rizika može dati osiguratelju sve podatke o mojem zdravstvenom stanju.

Mjesto i datum

Potpis zastupnika/posrednika

Potpis osigurane osobe

Potpis ugovaratelja osiguranja