

ZAHTJEV ZA PROMJENE NA POLICI ŽIVOTNOG OSIGURANJA – TAKE CARE

(Ugovaranje moguće samo uz Grawe Aktiv, Premium i Safe Life tarifu)

(Molimo Vas da zahtjev popunite štampanim slovima! Odgovarajuće precrtajte:)

Broj police:

Broj ponude:

Agencija/Zastupnik:

UGOVARAČ OSIGURANJA:

Ime i prezime / Naziv firme

OSIGURANIK:

Ime i prezime

Kontakt telefon

E-mail

Molim za sljedeće promjene od

(promjena moguća na dan početka osiguravajuće godine)

Datum:

Dopunsko osiguranje u slučaju nastupa jedne od tri teške bolesti – TAKE CARE

Uključenje (Obavezno popuniti pitanja u nastavku)

2.500 EUR

5.000 EUR

10.000 EUR

15.000 EUR

(Izaberi osiguranu sumu)

Promjena osigurane sume (Obavezno popuniti pitanja u nastavku)

2.500 EUR

5.000 EUR

10.000 EUR

15.000 EUR

(Izaberi osiguranu sumu)

Korisnici u slučaju nastupa teške bolesti:

1. Da li postoje ili su postojala neka druga ugovorena osiguranja života ili osiguranja života sa naknadom za određene teške bolesti, odnosno jesu li takva osiguranja odbijena? DA NE
Osiguravajuće društvo i suma osiguranja: _____

2. Jeste li pri obavljanju Vašeg posla izloženi posebnim opasnostima (npr. zračenje, rad sa eksplozivnim sredstvima, rad na platformi - plin ili nafta, tankeru i sl.)? DA NE
Ako da, kojim? _____

3. Takmičite li se (bavite sportom), na zemlji, vodi ili vazduhu? DA NE
 amaterski profesionalno
Ako da, kojim? _____

4. Ostali rizični sportovi (npr. upravljanje zračnom jadrilicom ili motornim avionom, ronjenje na dubini većoj od 20 m, padobranstvo, zmajarstvo, alpinizam, motorne utrke i sl.) DA NE
Koji? _____

5. Jeste li u zadnjih 10 godina bolovali ili bolujete od:
a) bolesti srca i krvnih sudova (npr. urođene ili stečene srčane mane, angina pektoris, srčani infarkt ili drugi oblik srčane bolesti, povišen krvni pritisak, poremećaji srčanog ritma, upala ili tromboza vena i sl.)? DA NE

b) bolesti disajnog sistema (npr. bronhitis, hronični bronhitis, upala pluća, bronhijalna astma, oboljenja grla i sl.)? DA NE

c) bolesti probavnog sistema (npr. gastritis, čir želuca ili dvanaestopalačnog crijeva, krvarenje iz probavnog trakta, upalne ili druge funkcionalne bolesti crijeva, tumorske ili zloćudne bolesti, bolesti jetre - hepatitis, ciroza i druge, žuči i žučnih puteva, gušterače i sl.)? DA NE

d) bolesti urogenitalnog sistema (npr. upala bubrega i bubrežnih kanala, kamenci u bubrezima, mokraćnim kanalima ili mokraćnom mjehuru, odstranjenje bubrega, urođene malformacije (anomalije) bubrega i urotrakta, oštećenje bubrežne funkcije, upalne ili tumorske bolesti prostate, testisa i sl.)? DA NE

e) bolesti nervnog sistema te psihičke bolesti (npr. upalne i degenerativne bolesti, pareze, paralize, epilepsije, psihoze, depresije, šizofrenije, pokušaj samoubistva i sl.)? DA NE

f) bolesti lokomotornog sistema (npr. reumatske bolesti, degenerativne bolesti zglobova i kičme, operacije kičme, bolesti meniskusa, smetnje kretanja i sl.)? DA NE

g) bolesti metabolizma i endokrinološke bolesti (npr. poremećaj metabolizma masnoća, holesterina, triglicerida, mokraćne kiseline - giht, šećerna bolest, bolesti štitnjače i sl.)? DA NE

h) bolesti krvi i zgrušavanja krvi (npr. leukemija, trombocitopenija, hemoragijska dijateza, hemofilija i sl.)? DA NE

i) bolesti čula vida, sluha i drugih čula? DA NE

j) bolesti imunog i limfnog sistema (npr. AIDS, limfomi)? DA NE

k) bolesti dojke? DA NE

6. Jeste li u zadnjih 5 godina bili neprekidno bolesni duže od 4 sedmice? DA NE

7. Jesu li u zadnjih 10 godina postojale ili postoje sljedeće bolesti, stanja ili zdravstvene tegobe:

a) tumori ili zloćudne bolesti (karcinom) bilo kojeg oblika? DA NE

b) akutne ili hronične zaraze i druge infektivne bolesti (TBC, zarazna žutica, sifilis, malarija, hepatitis B i C, AIDS i sl.)? DA NE

c) moždani udar, multipla skleroza, psihoorganski sindrom i druge neurološke bolesti? DA NE

d) zdravstvene tegobe usljed posljedica ranijih bolesti, trovanja, nezgoda, ozljeda i sl.? DA NE

e) alergije, značajniji gubitak tjelesne težine i zdravstvene tegobe koje nisu naprijed navedene? DA NE

8. Jesu li Vam u zadnjih 5 godina utvrđeni patološki nalazi (kod pregleda krvi, urina, EKG-a, RTG-a, mjerenja krvnog pritiska i sl.)? DA NE

Jeste li obavili HIV test i kada? DA NE
Koji je rezultat? _____

Jeste li u zadnjih 5 godina bili na pregledima kod ljekara, operacijama, na bolničkom liječenju ili u lječilištu na fizikalnom liječenju? DA NE

9. Da li u Vašoj užoj porodici (roditelji, braća, sestre) postoji pozitivna anamneza na sljedeće bolesti: šećerna bolest, oboljenja srca i kardiovaskularnog sistema, moždanog udara, oboljenja bubrega, malignih tumora, multiple skleroze, težih duševnih bolesti ili drugih nasljednih bolesti? DA NE

10. Drugi važni podaci i navike?

a) Pušite li? Koliko cigareta dnevno? _____ DA NE

b) Pijete li alkoholna pića? Koja i koliko? _____ DA NE

c) Jeste li uzimali ili uzimate bilo kakve droge? _____ DA NE

d) Jeste li se ikada liječili od alkohola i drugih ovisnosti (tabletomanije, droga i sl.)? DA NE

e) Uzimate li ili ste redovno uzimali neke lijekove? Koje? _____ DA NE

11. Vaša visina i težina: _____ cm _____ kg

12. Ime i prezime Vašeg ljekara opšte prakse i drugog ljekara koji Vas liječi ili Vas je liječio? _____

Molimo da ovdje navedete detaljne odgovore na sva pitanja na koja je gore odgovoreno sa DA:

Mjesto i datum

M.P.

Potpis ugovarača osiguranja

Potpis osiguranika