

# Izjava o zdravstvenom stanju



**Generali osiguranje d.d.**  
Generali osiguranje d.d. član je Generali Group

Slavonska avenija 1b, 10000 Zagreb  
Telefon: 01/ 4600 400, Telefax: 01/ 4600 600

Internet: [www.generali.hr](http://www.generali.hr)  
E-mail: [info.hr@generali.com](mailto:info.hr@generali.com)

350-5103

Izjava uz ponudu/policu broj:

Osigurana osoba, ime i prezime:

OIB:

Datum i godina rođenja:

Spol:

M

Ž

Zanimanje:

Adresa:

Telefon:

## Pitanja za osiguranika:

1. Naziv i adresa zdravstvene ustanove:

Ime i prezime Vašeg liječnika primarne zaštite:

2. Osjećate li se potpuno zdravim i radno sposobnim?

DA

NE

Ako ne, zašto:

3. Tjelesna visina i težina  cm  kg

4. Nalazite li se trenutno pod liječničkom kontrolom ili na medicinskoj terapiji? (izuzimaju se akutne kratke infektivne bolesti kao što su viroze i prehlade)

DA

NE

Ako da, navedite razlog, koliko dugo i navedite lijek ili terapiju:

5. Jeste li u posljednjoj godini uzimali redovito lijekove ili narkotike i uzimate li ih i sada? (izuzimaju se akutne kratke infektivne bolesti kao što su viroze i prehlade)

DA

NE

Ako da, navedite koje i koliko dugo:

6. Jeste li bili operirani u posljednjih 10 godina ili ste iz nekog drugog razloga boravili u bolnici, rehabilitacijom centru ili lječilištu?

DA

NE

Ako da, navedite zašto, kada i gdje:

7. Imate li povišeni krvni tlak, bolesti srca, krvi, želuca, jetre, žuči, gušterače, pluća, kože, kostiju ili zglobova, bubrega, mjehura, spolnih organa, duševnih bolesti ili bolesti živaca, depresije, epilepsije, šećerne bolesti, povišene masnoće u krvi, reume ili ostalih zdravstvenih tegoba?

DA

NE

Ako da, navedite bolest ili vrijednosti krvnog tlaka, koliko dugo traje i terapiju:

8. Imate li kakav tjelesni nedostatak ili ste invalid? (npr. oslabljen vid iznad 8 dioptrija, sljepilo, gluhaću, paraliziranost, opća radna sposobnost trajno umanjena za 50% ili više)

DA

NE

Ako da, navesti koji, stupanj invalidnosti te razlog:

9. Konzumirate li redovito nikotin, alkohol, narkotike ili sredstva za umirenje?

DA  NE Ako da, navesti što i koliko:

10. Bavite li se športom, rekreativno, amaterski ili profesionalno?

Rekreativno:  DA  NE Ako da, kojim:

Amaterski:  DA  NE Ako da, kojim:

Profesionalno:  DA  NE Ako da, kojim:

11. Jeste li pri Vašem zanimanju ili u slobodno vrijeme izloženi posebnim opasnostima (kao npr. rad s eksplozivnim tvarima, zračenje ili druga sredstva opasna po zdravlje, ronjenje na dubini većoj od 20m, pilotiranje, zmajarstvo, padobranstvo, paragliding, auto ili moto utrke, alpinizam, spelologija, ekstremni sportovi, triatlon i sl.)?

DA  NE Ako da, kojim:

### Prilog medicinska dokumentacija:

Izjava osiguranika: Izjavljujem da su svi odgovori na pitanja istiniti i cjeloviti, te da su svi podaci na izjavi o zdravstvenom stanju napisani ispravno, sukladno uputama. Istovremeno prihvaćam da dani krivi podaci predstavljaju povredu ugovorne obveze koja može imati za posljedicu ništavnost ili nevaljalost ugovora o osiguranju. Svojim potpisom potvrđujem da sve izjave i napomene istaknute na ovoj ponudi čine sastavni dio ove ponude. Suglasan sam da liječnici, domovi zdravlja, nositelji osiguranja, ustanove itd. osiguratelju dostave informacije i podatke koji su potrebni za procjenu ponude ili provjeru zahtjeva za isplatu naknade te ih oslobađam od obveze profesionalne šutnje.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika

Potpis zakonskog skrbnika  
(ako je osiguranik maloljetna osoba)