

# IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU

Polica/Ugovor  
životnog osiguranja br.



**SAVA**  
OSIGURANJE

SAVA OSIGURANJE d.d.  
Podružnica Hrvatska

SAVA OSIGURANJE d.d. - Podružnica Hrvatska, OIB 45237012600, Savska 144a, 10000 Zagreb, Hrvatska

Ispunjeni upitnik dostaviti faxom na br. 01/ 66 66 299,  
ili poštom na adresu:

SAVA OSIGURANJE d.d. - Podružnica Hrvatska, Savska 144a, 10000 Zagreb, Hrvatska  
ili na mail adresu: zivot@sava-osiguranje.hr

<b>Osiguranik</b>	Prezime i ime	OIB
	Adresa (ulica, kućni broj, kat)	Trenutno zanimanje

<b>Pitanja</b>	1. Bolujete li ili ste bolovali od: a) živčanih i duševnih bolesti: moždani udar, epilepsija, multipla skleroza, tumori mozga, depresije, shizofrenije itd.; b) bolesti srca, krvi, krvožilnog i limfnog sustava: srčani infarkt, angina pectoris, povišen krvni tlak, povišene masnoće u krvi, tromboze, anemije, leukemije, tumori limfnih čvorova itd.; c) bolesti dišnog sustava: tuberkuloza, astma, kronični bronhitis, plućne embolije, tumori itd.; d) bolesti probavnog sustava: upala sluznice želuca i crijeva, šećerna bolest, upala jetre, tumori itd.; e) bolesti mokraćnih/spolnih organa: upale bubrega i prostate, policistični bubrezi, anomalije razvoja mokraćnih putova, tumori itd.; f) bolesti kostiju i zglobova: reumatoidni artritis, ankilozantni spondilitis, psorijatični artritis, giht, degenerativne bolesti kralježnice i velikih zglobova (kukovi, koljena), tumori itd.; g) bolesti štitnjače, očiju i ušiju: struma štitne žlijezde sa pojačanom ili smanjenom hormonskom funkcijom tj. radom, sla-bovidnost, glaukom, naglušost, smetnje ravnoteže, tumori itd. h) sistemskih, hormonalnih ili infektivnih bolesti ili AIDS - HIV-a? Ako ste bolovali/bolujete od koje od navedenih bolesti, navedite od koje, naziv zdravstvene ustanove u kojoj ste se liječili, kao i liječnika koji vas je liječio/liječi.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, opis, liječnik i naziv zdravstvene ustanove
	2. Jeste li bili podvrgnuti testu na AIDS?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
	3. Jeste li u zadnja 3 mjeseca posjetili liječnika?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
	4. Je li Vam priznato tjelesno oštećenje?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, koliko? <input type="text"/>
	5. Je li Vam priznata smanjena opća ili profesionalna radna sposobnost?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, koliko? <input type="text"/>
	6. Jeste li uživali ili uživajte alkohol ili opojne droge?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, što? <input type="text"/>
	7. Pušite li?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, koliko? <input type="text"/>
	8. Imate li trajne posljedice zbog ozljede ili bolesti?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, koje? <input type="text"/>
	9. Jeste li ikada bili sudionikom prometne nezgode? Ako DA, s kojim posljedicama? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, kada? <input type="text"/>
	10. Bavite li se sportom? Ako DA, kojim sportom i na koji način? <input type="checkbox"/> rekreativno <input type="checkbox"/> registrirani član sportske udruge <input type="checkbox"/> profesionalac	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, kojim? <input type="text"/>
	11. Jeste li izloženi posebnim opasnostima na radnom mjestu (npr. zračenju, eksplozivnim tvarima vatri, radu na visini) ili na putovanju u krizna područja, trope ili sudjelujući u ekspedicijama? Bavite li se aktivnostima sa posebnim opasnostima (npr. ronjenje, alpinizam, istraživanje špijla, padobranstvo, letenje zmajem, zračnom letjelicom, motornom letjelicom, vatrogastvom, sudjelovanjem na različitim utrkama ili natjecanjima u brzini)?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, kakvim? <input type="text"/> Ako DA, kojim? <input type="text"/>
	12. Vaša visina/težina?	Visina <input type="text"/> cm	Težina <input type="text"/> kg
	13. Imate li obvezno zdravstveno osiguranje? Navedite ime i prezime nadležnog liječnika opće prakse, kao i naziv i adresu zdravstvene ustanove, ili privatne liječničke ordinacije u kojoj se liječite.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Liječnik, zdravstvena ustanova: <input type="text"/>

<b>FATCA</b>	Izjavljujem da <b>nisam</b> državljanin SAD-a niti rezident SAD-a, niti porezni obveznik SAD-a u svrhu poreznih davanja i obvezujem se da ću osiguratelja bez odgađanja obavijestiti ukoliko dođe do promjene tih podataka (obavezno označite): DA, nisam <input type="checkbox"/> NE, jesam <input type="checkbox"/> državljanin SAD-a <input type="checkbox"/> rezident SAD-a u svrhu poreznih davanja <input type="checkbox"/> porezni obveznik SAD-a <input type="checkbox"/> <b>Obavezno ispuniti obrazac za FATCA-u. Društvo neće biti u mogućnosti uspostaviti poslovni odnos bez popunjavanja obrasca FATCA odnosno prilikom isplate osigurane svote Društvo će morati postupati u skladu s važećim zakonom koji se primjenjuje za FATCA-u.</b>
--------------	--

### NAPOMENA:

Ukoliko su odgovori na pitanja 1, 2, 4, 5, i 8 o zdravstvenom stanju pozitivni, molimo Vas dostavite nam uz Izjavu i preslike medicinske dokumentacije. Pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da sam na prethodno postavljena pitanja odgovorio/la točno, potpuno i istinito.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika