

IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU

Polica/Ugovor
životnog osiguranja br.

Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, OIB 45237012600, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb, Hrvatska



SAVA
OSIGURANJE

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

Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb, Hrvatska
ili na mail adresu: zivot@sava-osiguranje.hr

Osiguranik	Prezime i ime	OIB
	Adresa (ulica, kućni broj, kat)	Trenutno zanimanje

Pitanja	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, naglušnost, 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?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, kada? <input type="text"/>
	Ako DA, s kojim posljedicama?		<input type="text"/>
	10. Bavite li se sportom? Ako DA, kojim sportom i na koji način?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA, kojim? <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> rekreativno <input type="checkbox"/> registrirani član sportske udruge <input type="checkbox"/> profesionalac	

FATCA i CRS	Izjavljujem da nisam državljanin SAD-a, članice EU ili treće jurisdikcije niti rezident SAD-a, članice EU ili treće jurisdikcije, niti porezni obveznik SAD-a, članice EU ili treće jurisdikcije u svrhu poreznih davanja i obvezujem se da ću osiguratelja bez odgađanja obavijestiti ukoliko dođe do promjene tih podataka (obavezno označite i upišite u odgovarajuće rubrike): 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"/>	
	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.	

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