

<b>1. BROJ POLICE</b>	
<b>2. OSIGURANIK</b>	
Ime i prezime	OIB
<b>3. PITANJA ZA OSIGURANIKA</b>	
<b>OBAVEZNA</b>	<b>DODATNA (ako je ugovoreno dopunsko osiguranje od nastanka kritične bolesti i stanja)</b>
Jeste li pri obavljanju svog posla izloženi posebnim rizicima (kao što je rizik zračenja, eksplozivne tvari, visoki napon, rad na platformi – plin ili nafta, tanker, zadržavanje u opasnim područjima ili slično štetno po zdravlje)? Sudjelujete li u ekspedicijama? Boravite li u politički nemirnim područjima? Ako da, kojim?	Namjeravate li boraviti izvan Republike Hrvatske (osim godišnjeg odmora ili kraćih poslovnih putovanja) ili ste to činili unatrag 10 godina? Ako da, molimo navedite pojedinosti.
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
	Jeste li obavili testiranje na hepatitis, HIV ili neku spolno prenosivu bolest? Ako jeste, molimo navedite datum, okolnosti i rezultat testa.
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Bavite li se sportom? Ako da, kojim? Ako postoji amatersko i profesionalno bavljenje sportom, molimo navesti i puni naziv sportskog društva.	Je li u vašoj užoj obitelji (roditelji i braća/sestre) prije navršene 60. godine života bilo šećerne bolesti, bolesti srca i krvnih žila, moždanog udara, bolesti bubrega, zloćudnih bolesti, multiple skleroze, duševnih bolesti ili drugih nasljednih bolesti? Ako da, molimo navedite tko je bolovao, od koje bolesti i u kojoj dobi je dijagnosticirana.
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Jeste li tijekom posljednjih 10 godina bili na liječenju i kod drugih liječnika? Jeste li bili na specijalnim pretragama (RTG, EKG, EEG, endoskopija, CT, MR, HIV test) na kojima su utvrđene nepravilnosti? Ako je odgovor da, molimo navedite razlog i priložite medicinsku dokumentaciju.	Ako je na neko od sljedećih pitanja odgovor „DA“, molimo da navedete iscrpnije podatke (vrstu, poteškoće, smetnje) na kraju upitnika te priložite medicinsku dokumentaciju.
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Jeste li ikada bolovali ili bolujete od:
Pušite li? Ako da, koliko cigareta dnevno?	<ul style="list-style-type: none"> <li>bolesti živčanog sustava ili psihičkih bolesti (npr. epilepsija, vrtoglavice, nesvjestice, trajne glavobolje, pareza, paraliza i sl., psihoza, shizofrenija, anksioznost ili depresija i sl.);</li> </ul>
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Jeste li ikada redovito konzumirali ili konzumirate alkohol ili narkotike? Jeste li se ikada liječili od alkohola i drugih ovisnosti? Ako je odgovor da, koliko? Molimo priložite medicinsku dokumentaciju ako ste bili na liječenju.	<ul style="list-style-type: none"> <li>bolesti srca i krvnih žila (npr. visoki krvni tlak, srčani infarkt, angina pektoris, šumovi na srcu, aritmije, reumatska vrućica i sl.);</li> </ul>
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Uzimajte li ili ste uzimali redovito neke lijekove? Ako da, koje i navedite razlog?	<ul style="list-style-type: none"> <li>bolesti dišnog sustava (npr. bronhitis, kronični bronhitis, upala pluća, bronhijalna astma i sl.);</li> </ul>
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Jeste li bolovali ili sada bolujete od bolesti srca i krvožilnog sustava, šećerne bolesti, visokog krvnog tlaka, bronhijalne astme, KOPB-a, tuberkuloze, moždanog udara, epilepsije, Alzheimerove bolesti, psihoze i drugih teških duševnih bolesti, malignih bolesti, AIDS-a ili drugih bolesti. Ako je odgovor da, molimo priložite medicinsku dokumentaciju.	<ul style="list-style-type: none"> <li>bolesti probavnog sustava (npr. gastritis, čir želuca ili dvanaesnika, kolitis, hepatitis, ostali poremećaji jetre, žučnog mjehura, želuca, crijeva i sl.);</li> </ul>
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Jeste li bili na operacijama, bolničkom liječenju, fizikalnoj terapiji ili nekom drugom liječenju? Jeste li imali kakve nezgode, ozljede ili trovanja? Imate li zbog toga trajne posljedice? Ako je odgovor da, molimo priložite medicinsku dokumentaciju.	<ul style="list-style-type: none"> <li>bolesti ili upale urogenitalnog sustava (npr. upale bubrega, mokraćnog mjehura, kamenci u bubregu, mokraćovodu ili mjehuru, upala prostate i sl.);</li> </ul>
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Jeste li trenutno ili trajno nesposobni za rad i zbog čega? Imate li kakvu tjelesnu manu ili nedostatak? Je li Vam zbog toga određen postotak invalidnosti i koliko iznosi? Ako je odgovor da, molimo priložite medicinsku dokumentaciju i rješenje o invalidnosti.	<ul style="list-style-type: none"> <li>bolesti metabolizma i endokrinološke bolesti (npr. šećerna bolest, šećer u mokraći, bolesti štitnjače, poremećaj metabolizma masnoća i sl.);</li> <li>zloćudnih bolesti, tumora, cista ili kakve druge izrasline;</li> </ul>
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>poremećaja lokomotornog sustava (kostiju, mišića, zglobova, kao što su reumatske i degenerativne bolesti zglobova i kralješnice, giht, operacije meniskusa, bolovi u kralješnici ili vratu, smetnje kretanja i sl.);</li> <li>bolesti uha, grla, nosa (uključujući krvarenje) ili očiju;</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>bolesti krvi, imunog i limfatičnog sustava;</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>bolesti dojke (kod žena)?</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

