



Zdravstveni vprašalnik

Vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovanca ob sklenitvi življenjskega zavarovanja, vezanega na investicijske sklade

Priloga k ponudbi št:

Zavarovanec:

Datum rojstva:

Zaposlen v/na:

Delo, ki ga zavarovanec opravlja:

1. Vpišite ime in priimek osebnega zdravnika, ki lahko trenutno poda najboljše informacije o vašem zdravstvenem stanju ter naslov zdravstvenega doma, kjer dela!

2. Se trenutno zdravite ali pa ste pod zdravniško kontrolo?

One Oda

Zakaj?

Kje?

3. Ste v zadnjih 3 letih jemali ali pa trenutno redno jemljete zdravila ali droge?

One Oda

Katera?

Koliko?

4. Ali uživate alkohol oz. kadite?

One Oda

Število pokajenih cigaret dnevno?

Količina popitega alkohola v dcl dnevno?

5. Ste trenutno delovno sposobni?

Oda One

Zakaj?

6. Ste izpostavljeni posebnim nevarnostim oz. se boste v naslednjih 3 letih izpostavili le tem? (Npr: poklicni pilot, padalec, zmajar, jadralni padalec, artist, potapljač, motošportnik; prihajate v stik z eksplozivnimi, sevalnimi in drugimi zdravju škodljivimi snovmi; se udeležujete ekspedicij; se zadržujete v politično nemirnih področjih?)

One Oda

Katerim?

7. Vpišite vašo telesno višino in težo:

Višina:

cm

Teža:

kg

8. Ste bili v zadnjih 10 letih operirani ali pa iz kakšnih drugih razlogov v bolnišnici, zdravilišču, toplicah oz. ste obiskovali kakšne druge

One Oda

Zakaj?

Kdaj?

zdravniške terapije?

9. Ste bili kdajkoli izpostavljeni terapiji z radijem, rentgenom, izotopi ali kemoterapiji?

One Oda

Zakaj?

Kdaj?

10. Imate oz. ste imeli kdajkoli nenormalni krvni pritisk, bolezni srca, krvi, želodca, črevesja, jeter, žolča, trebušne slinavke, pljuč, kože, kosti ali sklepov, ledvic, mehurja, spolnih organov, duševne oz. živčne bolezni, depresije, epilepsije, sladkorno bolezen, protin, zvišane krvne maščobe, revmatizem ali kakšne druge zdravstvene motnje? Ali je bila pri vas ugotovljena okužba z virusom HIV?

One Oda

Katere?

Kdaj?

Koliko časa?

11. Imate kakšne telesne hibe? Npr: slabovidnost večjo kot 8 dioptrij, slepoto, gluhost, ohromelost.

One Oda

Katere?

Ste invalid?

One Oda

Vzrok/stopnja invalidnosti?

12. Ste profesionalni športnik?

One Oda

Šport?

Se aktivno ukvarjate s športom?

One Oda

S katerim, kako pogosto?

13. Ali ste bili v zadnjih 3 letih v bolniškem staležu?

One Oda

Koliko časa?

Zakaj?

14. O svojem zdravstvenem stanju želim dodati (vpišite opombe):

Na vsa vprašanja sem odgovoril po svoji najboljši vesti. Izrecno soglašam da:

- sme zavarovalnica vse podatke, ki so razvidni iz ponudbe in priložene dokumentacije (osebni podatki, podatki o premijah, rizikih, obsegu zavarovanja), posredovati skupini Generali, zaradi avtomatskih obdelav in shranjevanja.
- so vse zdravstvene institucije, nosilci zavarovanja, javni organi itd. v smislu zakona o varstvu podatkov, nepreklicno pooblaščen in dolžni zavarovalnici Generali d.d. posredovati na njeno zahtevo informacije o mojem zdravstvenem stanju ali kakršnekoli dogodku, ki je v zvezi z mojim zdravstvenim stanjem, kakor tudi pričati pred sodiščem.

Kraj in datum:

Podpis zavarovanca in zakonitega zastopnika pri mladoletnikih