

LIJEČNIČKA POTVRDA

Ime i prezime _____ OIB: _____

Datum rođenja: _____ Zanimanje: _____

Molimo Vas da zbog potrebe sklapanja police riziko osiguranja, a u svrhu podizanja kredita kod Kreditne unije Dukat, zaokružite ili podcrtate da li je imenovani bolovao ili se liječio od slijedećih bolesti koje imaju utjecaj na povećanu smrtnost odnosno od istih trenutno boluje ili se liječi:

Ukoliko je osoba umirovljenik/ica, molimo vas da navedete razlog - oboljenje zbog kojeg je umirovljenje nastupilo _____.

Maligne bolesti	Ulkus želuca/duodenuma	Aneurizam
Povišen krvni tlak (tlak iznosi: _____)	Alzheimerova bolest	Bronhitis, Astma, KOBP
Moždani udar	Multipleks skleroza	HIV/AIDS
Epilepsija	Melanom	Ovisnost (alkohol, droge)
Duševni poremećaji	Chronova bolest	Teške ozljede (ozljede lubanje, mozga i sl.)
Poremećaji svijesti	Ulcerozni kolitis	Operacijski zahvati
Bolesti srca	Koronarna insuficijencija	Bolnično liječenje
Bolesti krvožilnog sustava	Dijabetes (tip: _____, (vrijed. glukoze _____ mmol/L)	Povišen kolesterol u krvi (vrijed. kolesterola _____ mmol/L)
Bolesti bubrega i jetre	Reumatoidni artritis	
Bubrežni kamenac	Depresija-PTSP	

U slučaju da ste obilježili jednu od naznačenih bolesti, molimo Vas da konkretizirate podatke o bolesti, od kada osoba boluje, te kakvo joj je trenutno zdravstveno stanje.

Da li je pacijent (osiguranik) bio na operaciji, u zdravstvenoj ustanovi na promatranju, pregledu ili terapiji, a koje niste prethodno spomenuli i da li ima propisane ili koristi kakve lijekove.

Svi navedeni podatci poslovna su tajna, te se mogu koristiti isključivo u svrhu nastanka osiguranog slučaja.

Potpis osiguranika:

Potpis i žig osobnog liječnika:

Datum i mjesto:

Zdravstvena ustanova i broj telefona:

