

Poslovna jedinica:	
Datum:	
Evidencijski broj:	
Broj štete:	

Prijava za slučaj teško bolesnog stanja (TBS)

PODACI O OSIGURANIKU			
Ime i prezime:		Broj police:	
Adresa:			
Datum rođenja:		Mjesto rođenja:	
JMBG:		Kontakt informacije:	
Zanimanje:		Spol:	<input type="checkbox"/> Muško <input type="checkbox"/> Žensko
Naziv poduzeća:			

OD KOJEG TEŠKOG BOLESNOG STANJE SE LIJEČITE?	
<input type="checkbox"/>	1. Ishemična bolest srca dokazana koronarografijom kod koje postoji indikacija za operaciju, kao i postavljanje stenta.
<input type="checkbox"/>	2. Srčani infarkt s komplikacijama zabilježenim nakon akutne faze liječenja, ako postoji indikacija za operaciju krvnih žila ili postavljanje stenta.
<input type="checkbox"/>	3. Moždani udar s trajnim funkcionalnim poremećajem koji ugrožava osnovne životne funkcije, a koje se manifestiraju pri govoru, gutanju, otežanom hodanju, samostalno hranjenju, oblačenju i slično.
<input type="checkbox"/>	4. Multipla skleroza kod koje je zabilježen poremećaj psihičke i fizičke ravnoteže te postoji potreba ta stalnom pomoći druge osobe.
<input type="checkbox"/>	5. Parkinsonova bolest kada je zbog psihičkog i fizičkog poremećaja potrebno osigurati pomoć druge osobe.
<input type="checkbox"/>	6. Alzheimerova bolest kada je zbog psihičkog poremećaja potrebno osigurati pomoć druge osobe.
<input type="checkbox"/>	7. AIDS u bilo kojoj fazi bolesti.
<input type="checkbox"/>	8. Kronično zatajenje bubrežnih funkcija koje zahtijeva trajnu hemodijalizu ili transplataciju bubrega.
<input type="checkbox"/>	9. Zatajenje jetre koje nije uzrokovano alkoholom, a kod kojeg postoji indikacija za transplataciju jetre.
<input type="checkbox"/>	10. Ankilozantni spondilitis (Bechtereva bolest) kod koje postoji potreba trajne rehabilitacije, balneoterapije.
<input type="checkbox"/>	11. Reumatski artritis kod kojeg je očekivana i propisana redovita balneoterapija jednom godišnje.
<input type="checkbox"/>	12. Zloćudne bolesti koje zahtijevaju: a) operaciju s zračenjem ili kemoterapijskim liječenjem ili zračenjem i kemoterapijskim liječenjem; b) kemoterapiju kod liječenja leukemije ili c) neovisno od metoda liječenja propisanih ovom točkom, samo zračenje ili kemoterapijsko liječenje kao jedinu metodu liječenja, ali samo ako se bolest nalazi u stanju proširenih metastaza te je svaki terapijski zahvat za osiguranika palijativnog karaktera, osiguravatelj je u obvezi isplatiti osiguranu svotu za teško bolesno stanje.

PRILOZI PRIJAVI	
<input type="checkbox"/>	1. Originalna medicinska dokumentacija od:
<input type="checkbox"/>	2. Originalni zdravstveni karton
<input type="checkbox"/>	3. Punomoć za zastupanje
<input type="checkbox"/>	4. Ostalo:

UPITNIK

	1.	Kada Vam je prvi put utvrđena navedena dijagnoza?	
	2.	Da li ste provodili ili Vam se preporuča:	
<input type="checkbox"/>	2A.	Operacija. Ako DA, koja i kada:	
<input type="checkbox"/>	2B.	Transplantacija organa. Ako DA, koja i kada:	
<input type="checkbox"/>	2C.	Hemodijaliza. Ako DA, kada:	
<input type="checkbox"/>	2D.	Balneoterapija (liječenje u toplicama). Ako DA, kada:	
<input type="checkbox"/>	2E.	Kemoterapija. Ako DA, kada:	
<input type="checkbox"/>	2F.	Zračenje. Ako DA, kada:	
<input type="checkbox"/>	2G.	Pomoć druge osobe. Ako DA, kada:	
	3.	Da li Vam je u posljednjih 10 godina ustanovljena neka od bolesti?	
<input type="checkbox"/>	3A.	Srca i krvnih žila	
<input type="checkbox"/>	3B.	Bubrega	
<input type="checkbox"/>	3C.	Jetre	
<input type="checkbox"/>	3D.	Mozga	
<input type="checkbox"/>	3E.	Kralješnice	
<input type="checkbox"/>	3F.	Zglobova	
<input type="checkbox"/>	3G.	Raka	
<input type="checkbox"/>	3H.	AIDS (SIDA)	
	4.	Da li ste imali ili imate neku bolest koja nije spomenuta u prethodnoj točki? Koju, od kada?	
	5.	Da li ste bili operirani? Radi čega? Kada? Gdje?	
	6.	Da li ste u zadnjih 10 godina redovito koristili neke lijekove? Koje?	

OSTALI PODACI

Ime i prezime odabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:

PODACI O PODNOSITELJU PRIJAVE

Ime i prezime:	
Adresa:	
Kontakt informacije:	

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da je na sve pitanja odgovoreno istinito i potpuno!

potpis podnositelja prijave