

הצהרת בריאות

שם מלא: _____

תעודת זהות: _____

שאלון הצהרה על מצב בריאות: יובהר כי שאלון רפואי זה מהווה חלק בלתי נפרד מבקשת ההצטרפות כעמית לקרן הפנסיה "אלטשולר שחם פנסיה מקיפה" (מ"ה 1328) שבניהול אלטשולר שחם גמל ופנסיה בע"מ.
נא לסמן ✓ לכל שאלה בעמודה המתאימה (כל הנכתב בלשון זכר הינו מטעמי נוחות בלבד ומתייחס גם לנקבה):

חלק א':

רקע רפואי ואורח חיים

1	האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) אם כן נא פרט: אני מעשן כעת _____ במשך _____ שנים הפסקתי לעשן ב- _____ (נא לציין מתי), עישנתי _____ סיגריות ליום	☐ לא	☐ כן
2	האם הנך שותה אלכוהול, באופן קבוע, יותר מ-2 כוסות ליום?	☐ לא	☐ כן
3	האם הנך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר?	☐ לא	☐ כן
4	האם ב-3 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח?	☐ לא	☐ כן
5	האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות ו/או לקבלת אחוזי נכות ו/או הנך מתכוון להגיש תביעת נכות מכל סוג?	☐ לא	☐ כן
6	האם הנך מקבל טיפול תרופתי בתדירות קבועה (לכל הפחות פעם בחודש, למעט גולולת הריון ותוספי מזון) ב-10 השנים האחרונות כתוצאה ממחלה או בעיה כרונית?	☐ לא	☐ כן

נא לפרט: גובה _____ ס"מ, משקל _____ ק"ג

חלק ב':

האם אובחנת או הנך מאובחן באחת או יותר מהמחלות / הפרעות / ליקויים במערכות המפורטות להלן:

1	מערכת העצבים, המוח	☐ לא	☐ כן
2	האם אובחנת במחלת נפש - לרבות דיכאון, חרדות, תסמונת פוסט טראומטית	☐ לא	☐ כן
3	גידולים, מחלות ממאירות לרבות סרטן	☐ לא	☐ כן
4	מערכת הריאות ודרכי הנשימה	☐ לא	☐ כן
5	מערכת הדם, מערכת הלב, כלי דם	☐ לא	☐ כן
6	יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות	☐ לא	☐ כן
7	מערכת העיכול, הכבד, לבלב, כיס מרה	☐ לא	☐ כן
8	מערכת הכליות	☐ לא	☐ כן
9	סכרת	☐ לא	☐ כן
10	מחלת איידס (HIV) או נשא של מחלת איידס	☐ לא	☐ כן
11	מערכת השלד, השרירים, המפרקים	☐ לא	☐ כן

אם סימנת "כן" באחת מן השאלות לעיל, נא פרט וצרף מסמכים רפואיים המתייחסים למצב רפואי זה

הצהרת המועמד

ידוע לי כי ככל שהצטרפתי באופן עצמאי מבלי שעברתי הליך יעוץ או שיווק פנסיוני על ידי בעל רשיון, ויקבעו לי החרגות רפואיות בשל מצב בריאות לקוי, המשך תהליך ההצטרפות לקרן הפנסיה יהיה מחויב ביעוץ או בשיווק פנסיוני על ידי בעל רשיון.

הנני מצהיר כי אני בכושר עבודה מלא לעבודה ולא הייתי בלתי כשיר לעבודה במשך 12 החודשים האחרונים.
הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי הם מלאים, נכונים ומדויקים. ברור לי כי ככל שיתברר כי הפרטים שמסרתי בהצהרה זו, כולם או חלקם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד ההצהרה, לא אהיה זכאי לפנסיה נכות ושאריו לא יהיו זכאים לפנסיה שאירים, ככל שהנכות או הפטירה, לפי העניין, אירועו כתוצאה ממצבי הבריאותי, שעליו לא דיווחתי כנדרש, דיווח מלא, נכון ומדויק.

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____

תאריך: ____/____/____ חתימה: _____ x

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזאת לחברה ו/או למי מטעמה הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף לרבות גוף ציבורי כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, לרבות למוסד לביטוח לאומי או לרשויות המס או למשרד הביטחון, ו/או למעסיקי ו/או לכל מוסד רפואי בארץ לרבות עובדיו, רופאיו וכל מי שפועל בשמו בישראל או בחו"ל, לרבות קופות חולים, בתי חולים כללים או פסיכיאטרים או שיקומיים על כל עובדיהם ו/או רופאיהם בכל מחלקותיהם וסניפיהם, כדי לקבל את כל הפרטים המצויינים בידם ללא יוצא מן הכלל ובכלל זה כל מידע על מצבי הבריאותי ו/או בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הכלכלי ו/או השיקומי, לרבות בכל עניין הקשור לעבודתי ו/או כל מידע נדרש אחר בנוגע למצבי ו/או מחלותי ו/או זכאותי לאחוזי נכות, בכל זמן שהוא בהווה ו/או בעבר. הריני משחרר בזה כל גוף הנזכר לעיל מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למסירת מידע כאמור, ומתיר להם בזאת ליתן לכם את המידע המפורט לעיל. עם חתימתי עם כתב ויתור זה, הריני מצהיר כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי המוסדות הנ"ל או עובדיהם או נותני השירות שלהם או מטעמם, בקשר למסירת מידע כאמור. האמור בכתב ויתור זה מחייב גם את עזבוני ו/או שאירי ו/או מוטביי ו/או באי כוחי החוקיים. וכל מי שיבוא במקומם, בכפוף לתקנון הקרן. חתימתי על כתב ויתור זה נעשתה מרצוני החופשי ואחר שהבנתי את האמור בו.

תאריך: ____/____/____ חתימת המועמד: _____ x