

## הצהרת נריאות

שם מלא\*: \_\_\_\_\_ טלפון נייד\*: \_\_\_\_\_ תעודת זהות\*: \_\_\_\_\_

הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*) הינם חובה.  
שאלון הצהרה על מצב נריאות: יובהר כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מבקשת ההצטרפות כעמית לקרן הפנסיה "אלטסולר שחם פנסיה מקיפה" (מ"ה 1328) שבניהול אלטסולר שחם גמל ופנסיה בע"מ.  
נא לסמן לכל שאלה העמודה המתאימה (כל הנכתב בלשון זכר הינו מטעמי נוחות בלבד ומתייחס גם לנקבה):

### חלק א':

רקע רפואי ואורח חיים		
1	האם הנך מעשן כיום ו/או הפסקת לעשן לפני פחות משנה? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) נא ציין את כמות הסיגריות _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2	האם הנך שותה אלכוהול באופן קבוע יותר מ- 2 כוסות ליום?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3	האם הנך צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? נא פרט מטה את סוג הסמים שהנך צורך או צרכת (יש לציין מועד הפסקת השימוש) ותדירות השימוש בהם	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4	האם ב- 3 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם יעצו לך לעבור ניתוח	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
5	האם נקבעה לך נכות כלשהי ו/או הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות אחוזי נכות ו/או הנך מתכוון להגיש תביעה נכות מכל סוג?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6	האם הנך מקבל טיפול תרופתי בתדירות קבועה (לכל הפחות פעם בחודש, למעט גלולות הריון ותוספי מזון) ב- 10 שנים האחרונות כתוצאה ממחלה או בעיה כרונית	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

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	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2	האם אובחנת במחלת נפש - לרבות דיכאון, חרדות, תסמונת פוסט טראומטית	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3	גידולים, מחלות ממאירות רבות סרטן	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4	מערכת הריאות ודרכי הנשימה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
5	מערכת הדם, מערכת הלב, כלי דם	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6	יתר לחץ דם ב-10 שנים האחרונות	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
7	מערכת העיכול, הכבד, לבלב, כיס מרה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
8	מערכת הכליות	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9	סכרת	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
10	מחלת איידס (HIV) או נשא של מחלת איידס	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
11	מערכת השלד, השרירים, המפרקים	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

אם סימנת "כן" באחת מן השאלות לעיל, נא פרט וצרך 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 רישיון, ויקבעו לי החרגות רפואיות בשל מצב בריאות לקוי, המשך תהליך ההצטרפות לקרן הפנסיה יהיה מחויב ביעוץ או בשיווק פנסיוני על ידי בעל רישיון.

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 נכונת ושאר יי 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 ציבורי כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981, לרבות למוסד לביטוח לאומי או רשויות המס או משרד הביטחון, ו/או למעסיקי ו/או לכל מוסד רואי בארץ לרבות עובדיו, רופאיו וכל מי שפועל בשמו בישראל או בחו"ל, לרבות קופת חולים, בתי חולים כללים או פסיכיאטרים או שיקומיים על כל עובדיהם ו/או רופאיהם בכל מחלקותיהם וסניפיהם, כדי לקבל את כל הפרטים המצוינים 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 בנוגע למצבי ו/או מחלותיי ו/או זכאותי לאחוזי נכות, בכל זמן שהוא בהווה/או בעבר. הריני משחרר בזה כל גוף הנזכר לעיל מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למסירת מידע כאמור, ומתיר להם בזאת ליתן לכן 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 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