

הצהרת בריאות פנסיה

כ	לא	הצהרת בריאות - הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן:
		גובה _____ משקל _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 האם נקבעה לך נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון או גורם אחר /או הינך נמצא בהליך לאישורה של נכות?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 האם אושפזת ו/או נדרשת לאישפוז (כולל אישפוז יום) במהלך 3 השנים האחרונות?
		3 האם חלית באחת או יותר מהמחלות שלהלן:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	א מחלת לב וכלי דם
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ב גידול שפיר או ממאיר (סרטן)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ג מחלת נשימה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ד מחלת כליות ודרכי שתן
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ה מחלת עיכול, כבד, הפטיטיס או לבלב
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ו מחלת חילוף חומרים כגון סוכרת או יתר שומנים בדם
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ז מחלה נזירולוגית כגון אירוע מוחי, טרשת נפוצה פרקינסון או אפילפסיה
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ח בעיה או הפרעה נפשית
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ט הפרעה או כאבים במערכת השלד או מחלה ראומטולוגית
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	י נשא HIV, איידס
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 האם השתמשת אי פעם או הינך משתמש בסמים מכל סוג שהוא? - אם כן, פרט: _____ סוג _____ תדירות _____ מועד הפסקה ____/____/____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 האם הינך צורך יותר מ- 14 פחיות/ כוסות של משקאות חריפים בשבוע?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 האם סבלת בשנה האחרונה מהידרדרות בתפקוד השכלי/ קוגניטיבי?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 האם הינך מעשן או עישנת בעבר? - אם כן ציין: _____ כמות סיגריות ליום _____ מועד הפסקת עישון ____/____/____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 האם היית בלתי כשיר לעבודה ו/או נעדרת מהעבודה לפרק זמן העולה על 21 ימים ברציפות או על 30 ימים לא ברציפות במהלך 12 חודשי העבודה האחרונים?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9 האם הינך מקבל ו/או קיבלת/ נדרשת לטיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בשל כל אירוע שהוא לרבות האבחנות לעיל)?

חתימה				
<input checked="" type="checkbox"/>				
חתימת המועמד לביטוח	ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך

ויתור על סודיות רפואית	
<input checked="" type="checkbox"/>	אני הח"מ נותנת/נותן בזאת רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיו הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיו הרפואיים או סניפיו, וכן, לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון למסור להפניקס פנסיה וגמל בע"מ ו/או להפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבקש) את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר/אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מיפה את המבקש לאסוף כל מידע שייראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי.
חתימת המועמד לביטוח בקרן הפנסיה	תאריך