

הצהרת בריאות

שים לב! ככל שסימנת כן באחת מן השאלות עליך למלא שאלון או לצרף מסמכים רפואיים הרלוונטיים למצבך. ייתכן ותידרש/י בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למדיניות החברה.
לידיעתך, כל שאלה שלא תענה/י עליה עלולה לעכב את תהליך החיתום ואת בחינת הצטרפותך על ידי החברה.

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות / דרכון	מין
			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
תאריך לידה	שם רופא מטפל	קופת חולים	
גובה בס"מ	משקל בק"ג	מס' נייד	

שאלה	כן	לא
1. עישון: האם את/ה מעשן/ת או עישנת בעבר? (השאלה מתייחסת לכל סוגי הטבק לרבות נרגילה/ סיגריה אלקטרונית) אם כן, נבקשך לענות לשאלות הבאות: מה סוג הטבק: _____ מספר פעמים שאת/ה מעשן/ת ביום: _____ את/ה מעשן/ת במשך _____ שנים ככל שנהגת לעשן, מה מועד הפסקת העישון: _____		
2. אלכוהול: האם את/ה שותה כיום או שתית בעבר משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שלוש מנות /יחידות ביום)? האם עברת גמילה מאלכוהול? _____		
3. סמים: האם את/ה צורך כיום סמים או צרכת בעבר? האם עברת גמילה מסמים? _____		
4. נכות אחוזי נכות: האם נקבעו לך אחוזי נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש במהלך חיך, ו/או בשל פציעה, ו/או בשל כל סיבה רפואית? אם כן - פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות. האם את/ה נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי/ממשרד הביטחון ו/או נמצא באי כושר עבודה כעת?		
5. בדיקות אבחנתיות: האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הופנית לביצוע בדיקה רפואית אבחנתית כגון: MRI, CT, קולונסקופיה, צינטור, ביופסיה, דם סמוי, אם ענית כן יש לצרף מסמכים רפואיים המפרטים את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצועה		
6. אשפוזים: האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות כתוצאה ממחלה ו/או תאונה ו/או פציעה או שידוע לך צורך באשפוז שכה		
7. ניתוחים: האם ב-10 השנים האחרונות עברת ניתוח רפואי או הומלץ לך לעבור ניתוח רפואי?		
8. תרופות: האם את/ה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה או בעיה כרונית במשך 10 שנים אחרונות?		
האם אובחנת/מטופל/ת או טופלת/התאשפזת/נותחת/ בעבר או כיום ו/או את/ה תחת ברור רפואי (כולל המתנה לתוצאות בדיקות) בכל הקשור למצבים הרפואיים/מחלות/הפרעות הרשומות מטה: אם ענית כן באחת מהשאלות יש למלא שאלון משלים בהתאם		
1. מערכת העצבים והמוח לרבות שיתוקים, טרשת נפוצה, ניוון שרירים אפילפסיה, פרקינסון ופוליו.		
2. לב, כלי דם אירוע מוחי (כולל אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ומערכת כלי דם היקפית (פריפיאלי) ב-10 השנים האחרונות		
3. הפרעה ו/או אבחנה של מחלה נפשית. האם ביצעת נסיון אובדני בעבר?		
4. מחלות ובעיות דם כגון: אנמיה, המוגלובין, המופיליה, טרומבוציטופניה ובעיות קרישה		
5. סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/כוסטרול/טריגליצרידים בדם מחלות הקשורות בבלוטות כגון: בלוטת התריס, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכיליה (אדרנל)		
6. גידולים כולל פוליפים ושפירים, סרטן ומחלות ממאירות		
7. מערכת העיכול, המעינים לרבות קרוהן וקוליטיס, כיס מרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת		
8. מחלת כבד, מחלת צהבת, הפרעות בתפקודי כבד		

9	מחלות והפרעות כליות ודרכי שתן	
10	מחלות והפרעות ריאות/דרכי הנשימה ואלרגיות	
11	מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים תיכונית FMF	
12	בעיות/הפרעות/מחלות אורתופדית כולל גב/עמוד שדרה ומפרקים אחרים וירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס)	
13	בעיות הקשורות לעיניים (כולל מספר העדשות - רק למקרים מעל מספר 8)? בעיות הקשורות לאף/אוזן/גרונ וחלל הפה	
14	מחלות עור ואלרגיה כגון: אטופיק דרמטיטיס, פסוריאזיס ועוד	
15	מחלות זיהומיות, מחלות אוטואימוניות ואיידס/נשא HIV, מחלות מין כגון: עגבת, זיבה, הרפס	
16	לנשים: בעיות גניקולוגיות ושדיים. אנא פרטי: _____ האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע? _____	
17	לגברים: מחלות והפרעות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים	

אם התשובה חיובית באחת מן השאלות יש לפרט ולצרף מסמכים רפואיים:

הצהרת המועמד

אני הח"מ מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת:

- כל הפרטים שמסרתי הם מלאים, נכונים ומדויקים. ידוע לי שככל שיתברר כי הפרטים שמסרתי בהצהרה זו, כולם או מקצתם, אינם נכונים או מלאים, לגבי מצב בריאותי במועד מתן הצהרה זו, לא אהיה זכאי/ת לפנסיית נכות ובמקרה של פטירת חו"ח, שאריי לא יהיו זכאים לפנסיית שארים.
- אם אדרש על ידי החברה, אני מתחייב/ת להיבדק בדיקה רפואית על ידי רופא החברה והתשובות שתימסרנה על ידי לרופא החברה תחשבנה כחלק בלתי נפרד מהצהרותיי.
- קבלה לכיסוי ביטוחי בקרן הפנסיה הכללית (להלן: **הקרן**): ידוע לי כי לשם בחינת בקשת הצטרפתי כעמית/ה בקרן הפנסיה שבניהולה רשאית, בין היתר, לערוך הליך של חיתום, שעל פיו החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סיומו תודיע לי החברה אם קיבלה או לא קיבלה את בקשתי.

ידוע לי כי ככל שבקשת הצטרפות לקרן נעשתה על ידי במישרין מבלי שעברתי הליך יעוץ או שיווק פנסיוני על ידי בעל רישיון, ויקבעו לי החרגות רפואיות בשל מצב בריאותי לקוי, המשך תהליך הצטרפות לקרן יהיה מחויב ביעוץ או בשיווק פנסיוני על ידי בעל רישיון בהתאם להוראות הדין.

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____

תאריך: _____ חתימה: **X** _____

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן/ת 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 רפואי בארץ לרבות עובדיו, רופאיו וכל מי שפועל בשמו לרבות קופת חולים, בתי חולים כלליים או לבריאות הנפש 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 הסינונטי 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. אני נותן/ת רשות לכל גוף הנזכר לעיל מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למסירת מידע כאמור, ומתיר להם בזאת ליתן לחברה את המידע המפורט לעיל. עם חתימתי על כתב ויתור זה, אני מצהיר/ה כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלי 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 כוחו החוקיים וכל מי שיבוא במקומם, בכפוף לתקנון הקרן. חתימתי על כתב ויתור זה נעשתה מרצוני החופשי ואחר שהבנתי את האמור בו.

תאריך: _____ חתימת מועמד/ת: **X** _____