הצהרת בריאות

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

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות /דרכון	מין
			☐ זכר ☐ נקבה
תאריך לידה	מס' נייד	שם רופא מטפל	
גובה בס"מ	משקל בק"ג	קופת חולים	

	שאלה	כן	לא
1	עישון: האם אתה מעשן או עישנת בעבר? (השאלה מתייחסת לכל סוגי הטבק לרבות סיגריה/נרגילה אלקטרונית) אם כן, נבקשך לענות לשאלות הבאות: מה סוג הטבק: _____ מספר פעמים שאתה מעשן ביום: _____ אתה מעשן במשך _____ שנים ככל שנהגת לעשן מה מועד הפסקת העישון _____		
2	אלכוהול: האם אתה שותה כיום או שתית בעבר משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שלוש מנות ביום)? האם עברת גמילה מאלכוהול? _____		
3	סמים: האם אתה 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 חייך, ו/או בשל פציעה, ו/או בשל כל סיבה רפואית? אם כן-פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות. האם אתה נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא ב-אי כושר עבודה כעת?		
5	בדיקות אבחנתיות: האם ב - 10 שנים האחרונות עברת או הופנית לביצוע בדיקה רפואית אבחנתית כגון: CT, MRI, קולונוסקופיה, 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 שנים האחרונות כתוצאה ממחלה ו/או תאונה ו/או פציעה או שידוע לך על צורך באשפוז שכזה.		
7	ניתוחים: האם ב - 10 שנים האחרונות עברת ניתוח רפואי או הומלץ לך לעבור ניתוח רפואי?		
8	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה או בעיה כרונית במשך 10 שנים האחרונות?		
	האם אובחנת / מטופל או טופלת / התאשפזת / נותחת בעבר או כיום ו/או אתה תחת ברור רפואי (כולל המתנה לתוצאות בדיקות) בכל הקשור למצבים הרפואיים / מחלות / הפרעות הרשומות מטה: אם ענית כן באחד 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 (פריפריאלי).		
3	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת. האם ביצעת ניסיון אובדני בעבר?		
4	מחלות ובעיות דם כגון: אנמיה, המוגלובין, המופיליה, טרומבוציטופניה ובעיות קרישה.		
5	סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול / טריגליצרידים בדם. מחלות הקשורות בבלוטות כגון: בלוטת התריס, בלוטת יותרת המוח, בלוטת יותרת הכליה (אדרנל).		
6	גידולים כולל פוליפים ושפירים, סרטן ומחלות ממאירות.		
7	מערכת העיכול, המעיים לרבות קרוהן וקוליטיס, כיס המרה, הטחול, הלבלב, פי הטבעת.		

ניהול תיקי השקעות וחיסכון ◆ ניהול קרנות השתלמות, גמל ופנסיה ◆ ניהול הון וביטוח משפחתי

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 | pensya@infinity.co.il | www.infinity.co.il

	שאלה	כן	לא
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, פיברומיאלגיה 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 / גרון 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.	☐	☐
17	לגברים: מחלות והפרעות ערמונית (פרוסטטה) ואשכים.	☐	☐

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

הצהרת המועמד

אני הח"מ מצהיר ומאשר 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 בריאותיבמועד מתן הצהרה זו, לא אהיה זכאי לפנסיית נכות ובמקרה של פטירה חו"ח, שאריי לא יהיו זכאים לפנסיית שאירים.

אם אדרש על ידי החברה, אני מתחייב 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 הצטרפותי כעמית 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 ההצטרפות 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 ההצטרפות לקרן יהיה מחויב ביעוץ או בשיווק פנסיוני על ידי בעל רישיון בהתאם להוראות הדין.

שם מלא: _____ תאריך: _____ תעודת זהות: _____ חתימה: X _____

ויתור על סודיות רפואית

ידוע לי כי לא חלה עליי כל חובה חוקית למסור מידע אודותיי, אולם ככל שלא אמסור את הפרטים הנדרשים במסגרת הצהרת הבריאות, לא ניתן יהיה להשלים את הטיפול בבקשתי או לקבל החלטה בענייני, ככל שהמידע נדרש לצורך כך. ידוע לי כי המידע אודותיי, לרבות מידע הנוגע למצבי הבריאותי, ייאסף ויעובד על ידי אינפיניטי השתלמות גמל ופנסיה בע"מ, בעלת השליטה במידע, לצורך בחינת הבקשה ומתן השירות, ביצוע הליכים הנדרשים במסגרת השירות ובהתאם להוראות הדין. המידע עשוי להימסר לצדדים שלישיים הרלוונטיים לטיפול בבקשה, בהתאם להוראות הדין וכן לגורמים המוסמכים לקבלו בהתאם להוראות הדין. ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 בחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו, בהתאם להוראות הדין. ידוע לי כי בעלת השליטה במידע הינה אינפיניטי השתלמות, גמל ופנסיה בע"מ וניתן ליצור עמה קשר בכתובת דוא"ל: dpo@infinity.co.il.

תאריך: _____ חתימת המועמד: X _____

ניהול תיקי השקעות וחיסכון ◆ ניהול קרנות השתלמות, גמל ופנסיה ◆ ניהול הון וביטוח משפחתי

המנופים 8, ת.ד 2167 הרצליה פיתוח 4672559 | 09.9579000 | *3488 | פקס: 09.9542020 pensya@infinity.co.il www.infinity.co.il