

ההצהרה תמולא על-ידי עצמאים ושכירים בעלי שליטה. בנוסף לכך, בקרן הכללית גם שכירים תחת מעסיק המבטח בקרנות הפנסיה החדשות בהראל פחות מ-5 עובדים, ששכרם החודשי גבוה מ-20,000 ₪ ולא מיצו את תקרת ההפסקה המקסימאלית בקרן המקיפה* נדרשים למלא הצהרה. *תקרת הפקדה חודשית לקרן פנסיה מקיפה - תקרת הפקדה חודשית כהגדרתה בתקנות מס הכנסה (כללים לאישור וניהול קופות גמל), התשכ"ד 1964. (לא נדרש במקרה של הצטרפות לקרן "הראל פנסיה כללית" במסלול יסוד). הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נבקש למלא טופס זה באופן מדויק ושלם ולשלוח אלינו את הטופס באחת מהדרכים הבאות:

- כתובת מייל בהראל פנסיה: hitspension@harel-ins.co.il
- מס' פקס בהראל פנסיה: 03-7348280
- ניתן לוודא את קבלת הפקס/המייל כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1-700-70-28-70

א פרטי המועמד

שם משפחה

שם פרטי

מס' ת.ז.

תאריך לידה

רחוב

מס'

ישוב

מיקוד

טלפון בית

טלפון עבודה

טלפון נייד

מין

נ ☐ ז ☐

קופת חולים

סניף

שם הרופא המטפל

מקצוע/עיסוק

מעסיק

תחביב

אישור לקבלת דוחות לעמית בדוא"ל: אני מסכים/ה כי הדוח השנתי לעמית ישלח לדוא"ל שלי בכתובת -

וזאת במקום באמצעות הדואר.

ב שאלות על מצב בריאותך

הנחיות כלליות

במקרה בו סומנה תשובה חיובית על אחת או יותר מן השאלות המפורטות, יש לסמן ✓ במשבצת הסמוכה למחלה או הבעיה הרלוונטית המצוינת בשאלה, וכן לתת פירוט ברור בתחתית הצהרת הבריאות ו/או מילוי שאלון מתאים. יש לסמן האם אתה סובל או האם סבלת בעבר מאחת הבעיות הרשומות להלן (לידיעתך, יתכן שתדרש בהמצאת מסמכים רפואיים נוספים ו/או בבדיקה רפואית בהתאם למקובל בחברה).

מס' שאלה

כן

לא

שאלון/מידע ראשוני נדרש

1. א. משקל בק"ג..... גובה בס"מ.....

ב. עישון: האם הינך מעשן/ת מעל 20 סיגריות ליום? אם כן, כמות הסיגריות ליום..... כמה שנים הינך מעשן/ת.....

ג. סמים: האם הינך משתמש/ת או השתמשת בעבר בסמים?

ד. אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?

יש להמציא דוח רופא מטפל כולל רשימת אבחנות וטיפולים, תוצאות בדיקות דם ושתי הכוללות תפקודי כבד, תפקודי כליות וסרולוגיה להפטיטיס.

האם אובחנת במחלות/ההפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:

אם הצהרת על בעיה בריאותית, יש למלא את השאלונים הרלוונטיים המצורפים לטופס ההצהרה.

2. האם אתה סובל או סבלת מאחת הבעיות הרשומות להלן בחמש השנים האחרונות?

א. ☐ מחלות לב

ב. ☐ מחלות כלי דם

ג. ☐ יתר לחץ דם

ד. ☐ מחלת סוכרת

ה. ☐ מחלת כבד

ו. ☐ מחלת סרטן וגידולים ממאירים

ז. ☐ גידולים שפירים במח

ח. ☐ איידס או נשאות לאיידס

ט. ☐ אירוע מוחי

י. ☐ מחלות דם

3. האם אתה/סובלת או סבלת מבעיית פרקים, עצמות, גב ועמוד שדרה בחמש השנים האחרונות?

א. שאלון עצמות ושברים (7), שאלון בעיות מפרקים (8), שאלון ברכיים (9), שאלון גב ועמוד שדרה (10)

ב. שאלון תאונות / נכות (11)

ג. יש לצרף פרוט ומסמכים רפואיים

ד. שאלון אשפוזים וניתוחים (12).

ה. יש לצרף דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)

4. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות העולה על 25%?

5. תרופות: האם אתה/נוטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בחמש השנים האחרונות?

6. אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בחמש השנים האחרונות?

7. פירוט לסעיפים:.....

תאריך:.....

חתימה:.....

עמוד 1 מתוך 2

פנסיה - 13001

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
קופת חולים	סניף	שם הרופא המטפל	
אני נותן בזה רשות לכל שירותי הבריאות ו/או קופת החולים ו/או לעובדיהם הרופאים ו/או למוסדותיהם ו/או לסניפיהם, מכוניהם ומעבדותיהם, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים לרבות בתי החולים, המוסד לביטוח לאומי, משרד הביטחון, החברות לביטוח וקרנות הפנסיה, למסור ל"הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ" ו/או מי מטעמה ו/או בא כוחה (להלן "המבקש") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה או מום שחליתי ו/או לקיתי בו בעבר ו/או שהני חולה או לוקה בו כעת ו/או שאחלה או אלקה בו בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.			
תאריך:		חתימת המועמד/ת:	

ידוע לי שככל שיימצא שהפרטים שמסרת בהצהרה זו, כולם או מקצתם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד מתן ההצהרה, לא אהיה זכאי לפנסיית נכות, ובמקרה של פטירה חו"ח, שאיריי לא יהיו זכאים לפנסיית שאירים.

פרטיות

הראל חברה לביטוח בע"מ, הראל פנסיה וגמל בע"מ והחברות המנהלות של הפנסיה והגמל ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול וטיפול עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו. פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

תאריך:	חתימת המועמד/ת:
--------	-----------------