

הצהרת בריאות לחיתום רפואי בקרנות הפנסיה בניהולה של מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ
(חובה למלא את כל השדות באופן מלא וברור כולל תאריך וחתימת המצהיר/ה)

פרטי העמית (חובה למלא את כל הפרטים)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות מלא	מין	תאריך לידה	כתובת
טלפון נייד	טלפון בבית	מקצוע/עיסוק	1 / נ	שנה חודש יום	רחוב בית עיר מיקוד
גובה	משקל	עישון	האם את/ה מעשן/ת או עישנת ב- 5 השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים		

אם הינך סובל או סבלת במהלך חיך מאחד המצבים כמפורט להלן, הקף בעיגול את מספר השאלה ופרט במקום המיועד לך למטה במידה והקפת תשובה כחיובית, נא מלא/י השאלון הרלוונטי בשאלוני החיתום המצורפים

1	מחלות לב, כלי דם, מחלות דם	12	איידס / HIV, מחלות אוטואימוניות, פוליו
2	לחץ דם, שומנים בדם	13	מחלות עור
3	מחלות ממאירות, גידולים (כולל גידולים שפירים), פוליפים, סרטן	14	בעיות עיניים ו/או ראייה (מספר עדשות משקפיים: _____)
4	מחלות דרכי עיכול, כבד	15	מחלה כרונית או הפרעה כרונית אחרת ב-10 השנים האחרונות
5	סוכרת	16	האם בוצע או הומלץ לבצע בדיקה כלשהי ב- 10 שנים האחרונות לגילוי מחלה ממאירה, מיפוי לב, צינתור, MRI, ביופסיה?
6	מחלות דרכי נשימה/ריאות	17	האם את/ה בעל/ת נכות כלשהי (כיום או בעבר) או נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות? האם היית/הנך באובדן כושר עבודה מסיבה כלשהי?
7	מחלות כליות, דרכי שתן	18	האם עברת ניתוח כלשהו ב- 10 שנים האחרונות? פרט סוג הניתוח ומתי בוצע
8	מחלות מערכת העצבים, שיתוקים, שבץ מוחי	19	האם חברת ביטוח או קרן פנסיה (לרבות "מנורה מבטחים") סרבה לקבל אותך או קיבלה אותך בתנאים מיוחדים?
9	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת או נסיון התאבדות	20	האם אושפזת ב- 5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית?
10	מחלות מפרקים, מחלות ניווניות	21	האם את/ה נוטל תרופות באופן קבוע?
11	מחלות / בעיות גב	22	האם יש לך תחביבים מבין המפורטים להלן: טיס, רכיפת מצנחים, ספורט מוטורי, שייט, טיפוס לגובה, צלילה מעל 30 מ' או תחביב מסוכן אחר?

פרוט לגבי כל שאלה שסומנה בעיגול על ידי לעיל

ככל שלא סימנתי בעיגול מספר כלשהו, הנני מצהיר שאין לי בעיה או מחלה כלשהי מבין המפורטות לעיל ותשובתי לכל השאלות הינה "לא".

הצהרה

הנני מצהיר/ה כי תשובותיי לכל השאלות הכלולות בהצהרה זו הן מלאות וכונות וכי לא העלמתי כל מידע הנוגע לשאלות אלה. הנני יודע/ת כי מתן תשובות שאינן מלאות וכונות עשוי להביא לשלילת זכאותי לפנסית נכות (אובדן כושר עבודה) או זכאות שאיריי לפנסית שאירים בקרן/ות הפנסיה בניהולה של מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ בה/ן הנני עמית (להלן: "הקרן").
הנני מצהיר/ה כי ידוע לי שכלל שציינתי בטופס זה בעיה/מחלה כלשהי, תהא הצטרפותי/חידוש פעילותי/ניוד/שינוי בחירה אישית בקרן תלויה בהליך החיתום, ועד להשלמת ההליך, אין בהצהרתי זו או בבקשתי להצטרפות/חידוש פעילות/ניוד/שינוי בחירה אישית, כדי להקנות לי זכויות כלשהן. כן ידוע לי כי על יסוד תשובותי והליך החיתום ייקבע אם ניתן לצרף אותי לקרן, ולחלופין אם ניתן לחדש את פעילותי בקרן או להיענות לבקשתי (ובתנאי שמיום חתימתי על הצהרה זו ועד ליום בו ניתנה הקביעה לא חל כל שינוי במצבי הבריאותי). בהתאם, ידוע לי כי הקרן רשאית, בין היתר, לדחות את בקשתי להצטרפות/חידוש פעילות/ניוד/שינוי בחירה אישית. הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להצטרפות/חידוש פעילות/ניוד/שינוי בחירה אישית לקרן הפנסיה. הריני מסכים/ה כי המידע יימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף לפי החלטת מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ, בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

טופס ויתור על סודיות רפואית

לכבוד _____ א.ג.ג.,
אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לכל קופת חולים (ובכלל זה לעובדיה הרפואיים והאחרים, מוסדותיה הרפואיים ולסניפיה) וכן לכל רופא בית חולים, מכון רפואי, המוסד לביטוח לאומי, שלטונות צה"ל, משרד הביטחון וכל מבטח, למסור לכל מבטח שבשליטת מנורה מבטחים החזקות בע"מ (להלן "המבקשת"), את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשת, על מצבי הבריאותי ובכלל זה על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהנני חולה בה כעת או שאחלה בה ח"ח בעתיד, והנני משחרר/ת אתכם, כל רופא מחפאיכם, כל עובד אחר שלכם, כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים וכל סניף מסניפייכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ולמחלותי כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור לעיל. אני מצהיר/ה ומסכים/ה כי ככל שאהיה זכאי/ת לכיסויים ביטוחיים משלימים במסגרת פוליסות ביטוח של מבטחים מורשים (להלן "המבטחים האחרים"), אני מאשר/ת למבקשת למסור לאותם מבטחים אחרים את כל הפרטים והמסמכים המצויים ביד המבקשת והמוגעים למצבי הרפואי. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובי ואת באי כוחי החוקיים וכן את כל מי שיבוא במקומי. הנני מיפה את כוחה של המבקשת לאסוף כל מידע רלבנטי בכל הנוגע לבריאותי, לפי שיקול דעתה.

תאריך חתימת	שם המצהיר/ה	מספר זהות מלא	חתימת המצהיר/ה
-------------	-------------	---------------	----------------

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה
----------	---------	-----------------	------------

לא	כן	
		6.1.3 התקף אסטמתי בשנתיים האחרונות
		6.1.4 טיפול קבוע לפני פעילות גופנית
		6.1.5 סטרואידים ניתנו בשנתיים האחרונות
		6.1.6 אשפוז בשל החמרה של אסטמה ב-3 שנים האחרונות
		6.2 אלרגיה בעונות מעבר
		6.3 דלקות ריאה חוזרות
		6.4 פנאומוטרקס (חזה איר) ספונטי
		6.4.1 מקרה בודד לפני שנה ויותר
		6.4.2 מקרה בודד בשנה האחרונה
		6.4.3 פנאומוטרקס חוזר
		6.4.4 ניתוח כתוצאה מפנאומוטרקס
		6.5 סרקואידוזיס
		6.6 תסחיף ריאתי
		6.7 הפרעה חסימתית: COPD, אמפיזמה, נפחת, ברונכיטיס כרונית
		6.8 ציסטיק פיברוזיס (CF)
		6.9 שחפת
		6.9.1 בהווה
		6.9.2 בעבר
		6.10 דום נשימה בשינה
		6.11 הפרעות הקשורות במחיצת האף
		6.12 אחר
7. מחלות כליות, דרכי שתן		
		7.1 כליות ודרכי שתן
		7.1.1 כליה אחת חסרה או לא מתפקדת
		7.1.1.1 כתוצאה מתרומת כליה
		7.1.1.2 כליה יחידה מלידה
		7.1.1.3 סיבות אחרות לכליה יחידה או לא מתפקדת
		7.1.2 אבנים בכליות ובדרכי השתן
		7.1.2.1 האם ידוע על אבני כליה ודרכי שתן היום
		7.1.2.2 מועמד להתערבות (ריסק, ניתוח, אנדוסקופיה)
		7.1.2.3 אבן כליה בעבר
		- אירוע בודד שהסתיים לפני שנתיים ויותר
		- יותר מאירוע אחד
		7.1.3 דלקות חוזרות בדרכי השתן
		7.1.4 רפלוקס של דרכי השתן
		7.1.5 ציסטה בכליה
		7.1.6 בדיקת שתן לא תקינה ב-6 החודשים האחרונים
		7.1.7 אי ספיקת כליות
		7.1.8 מצב לאחר השתלת כליה
		7.1.9 טיפול בדיאליזה
		7.1.10 חלבון בשתן
		7.1.11 תסמונת נפרוטית
		7.1.12 הפרעה בתפקודי כליות
		7.1.13 כליות פוליציסטיות
		7.1.14 דם בשתן
		7.1.15 אחר

לא	כן	
		4.7 תסמונת המעי הרגיז (העצבני)
		4.7.1 ללא טיפול תרופתי קבוע או הפרעה בתפקוד
		4.7.2 ניתן טיפול תרופתי קבוע
		4.7.3 האם ישנם סיבוכים כתוצאה מהמחלה
		4.7.4 קיימת הפרעה במצב הנפשי
		4.7.5 קיימת הפרעה בתפקוד בבית/בעבודה
		4.8 מחלת צליאק
		4.9 צרבת, רפלוקס בושט
		4.10 אחר
		4.11 בעיות/מחלות כבד
		4.11.1 צהבת A או יראלית
		4.11.2 הפטיטיס נגיפית מסוג B
		4.11.3 הפטיטיס נגיפית מסוג C
		4.11.4 הפטיטיס מסוג אחר
		4.11.5 כבד שומני
		4.11.6 הגדלה של הכבד
		4.11.7 צירוזיס (שחמת)
		4.11.8 המנגיומה בכבד
		4.11.9 מורסה (אבצס) בכבד
		4.11.10 הפרעות בתפקודי כבד ב-6 החודשים האחרונים
		4.11.11 גושה
		4.11.12 מצב לאחר השתלת כבד
		4.11.13 אחר
		4.12 אבנים בכיס מרה
		4.12.1 אבני מרה אובחנו בוודאות וטרם בוצע
		4.12.2 בוצע ניתוח כריתת כיס מרה
		4.12.3 האם מועמד לניתוח?
		4.14 דלקת הלב (פנקריאטיטיס)
		4.15 אחר
5. סוכרת		
		5.1 מועד גילי המחלה
		5.1.1 במהלך השנה האחרונה
		5.2 האם אושפזת לאיזון רמות הסוכר בדם
		5.2.1 במהלך השנה האחרונה?
		5.3 רמת HgA1C בשלושה החודשים האחרונים
		5.3.1 גבוה מ-7%?
		5.4 קיימת פגיעה בעיניים?
		5.5 קיימת פגיעה בכליות?
		5.6 קיימת פגיעה בתפקוד הלב?
		5.7 זיהום, נמק או כיבים מתמשכים בעור
		5.8 הומלץ על כריתת גפה (רגל או יד)
		5.9 קיימת ניוורפתיה או פגיעה בעצב הגפיים
6. מחלות דרכי הנשימה		
		6.1 אסטמה
		6.1.1 לא ניתן טיפול תרופתי קבוע ותפקודי הריאות תקינים
		6.1.2 ניתן טיפול תרופתי קבוע

לא	כן	
1. מחלות לב, כלי דם, מחלות דם		
		1.1 מחלת לב
		1.1.1 מחלת לב מולדת
		1.1.2 אנגינה פקטוריס
		1.1.3 התקף לב
		1.1.4 הפרעה בקצב הלב
		1.1.5 חסימה בהולכה בשריר הלב
		1.1.6 קרדיومیופתיה
		1.1.7 הפרעות במסתמי הלב (אישה)
		1.1.8 אי ספיקת לב
		1.1.9 מצב לאחר ציתור או ניתוח מעקפים
		1.1.10 אחר
		1.2 הפרעה בכלי הדם
		1.2.1 מפרצת (אנאוריזמה) באורטה
		1.2.2 כאב רגליים בהליכה
		1.2.3 פקקת ורידים
		1.2.4 דליות ברגליים
		1.2.5 מחלת כלי דם היקפית
		1.2.6 אירוע מוחי
		1.2.7 אחר
		1.3 מחלות דם
		1.3.1 אנמיה
		1.3.1.1 אנמיה מחוסר ברזל
		1.3.1.2 אנמיה מחוסר B12
		1.3.1.3 חוסר G6PD
		1.3.1.4 טלסמיה
		- טלסמיה מאו"ר
		- טלסמיה מיינור
		1.3.1.5 אחר
		1.3.2 הפרעה בקרישת דם
		1.4 אחר
2. לחץ דם, שומנים בדם		
		2.1 יתר לחץ דם
		2.1.1 ערכי לחץ דם נוכחי אינם עולים על 140/90
		2.1.2 ערכי לחץ דם נוכחי גבוהים מ-140/90
		2.1.3 קיימת פגיעה ברשתית העין
		2.1.4 קיימת פגיעה בשריר הלב
		2.1.5 קיימת פגיעה בכליות
		2.1.6 האם אובחנה מחלה הגורמת ליתר לחץ דם?
		2.2 שומנים בדם
		2.2.1 כולסטרול נמוך מ-250
		2.2.2 כולסטרול מעל 250
4. מחלות דרכי עיכול, כבד		
		4.1 הפרעות הקשורות בפי הטבעת
		4.1.1 טחורים
		4.1.2 פיטוריה (סדק בפי הטבעת)
		4.1.3 אבצס/מורסה
		4.1.4 פיטטולה
		4.1.5 אחר
		4.2 בקע סרעפתי
		4.3 כיב קיבה ותריסרון
		4.4 מחלת קרוהן
		4.5 אולצרטיו קוליטיס (דלקת כיבית של המעי)
		4.6 דיברטיקוליטיס

הצהרה: אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותיי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי מידע שעשוי להשפיע על ההחלטה אם לצרף אותי לקרן הפנסיה. ידוע לי ששאלונים אלה מהווים חלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות.

שם העמית/המועמד	מספר תעודת זהות	תאריך	חתימה

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה
----------	---------	-----------------	------------

לא	כן	
		1.5 מחלה או הפרעה כרונית אחרת
		FMF 15.1
		15.1.1 האם תפקודי הכליות תקינים?
		15.1.2 האם קיימת בעיה בתפקודי כליות?
		15.2 בלוטת התריס (תירואיד)
		15.2.1 תת פעילות של בלוטת התריס (היפותירואידיזם)
		15.2.2 יתר פעילות של בלוטת התריס (היפרתירואידיזם)
		15.2.3 בעיה אחרת בבלוטת התריס
		15.3 הגדלה שפירה של בלוטת הערמונית
		15.3.1 האם הבעיה אובחנה לפני גיל 25?
		15.3.2 האם סובל מהפרעה חסימתית?
		15.4 מיגרנות
		15.4.1 התקפים קלים
		15.4.2 התקפים בינוניים
		15.4.3 התקפים כבדים
		15.4.4 האם החסרת ימי עבודה עקב מיגרנות?
		15.5 הפרעות הקשורות בטחול
		15.5.1 טחול מוגדל
		15.5.2 טחול חסר
		15.5.2.1 טחול חסר כתוצאה ממחלה
		15.5.2.2 טחול חסר כתוצאה מטראומה
		15.5.3 בעיה אחרת שקשורה בטחול
		15.6 בעיה אחרת ממנה הנר סובל

לא	כן	
		1.1 מחלות/בעיות גב
		11.1 פריצת/בלט דיסק
		11.1.1 עמוד שידרה צווארי
		11.1.2 עמוד שידרה גבי
		11.1.3 עמוד שידרה מותני
		11.2 היצרות של תעלת השידרה (ספינל סטנוזיס)
		11.3 מצב לאחר ניתוח גב
		11.4 ניתנה זריקה נגד כאבים בשני מקרים או יותר
		11.5 טיפול קבוע במרפאת כאב
		11.6 הקרנת כאב לרגליים (סיאטיקה)
		11.7 קיימת הפרעה בתפקוד בבית/בעבודה
		11.8 ספונדיליטיס / ספונדילוליטיס
		11.9 עקמת
		11.10 ירידה תפקודית כללית
		11.11 ספינה פיבדה
		11.12 אנקילוזינג ספונדיליטיס (מחלת בכטרב)
		11.13 צליפת שוט (whiplash)
		11.14 בעיית גב אחרת (לרבות כאבי גב)
		1.3 מחלות עור
		13.1 פסוריאזיס
		13.1.1 ללא טיפול תרופתי וללא מעורבות של המפרקים
		13.1.2 קיימת מעורבות של המפרקים
		13.1.3 ניתן טיפול במשחה
		13.1.4 ניתן טיפול אחר
		13.2 אורטיקריה פיגמנטוזה
		13.3 פמפיגוס
		13.4 דלקת עור כרונית
		13.5 ריבוי נקודות חן במעקב רופא עור
		13.6 אקנה
		13.7 לבקנות
		13.8 פריחה אלרגית כרונית
		13.9 אטופיק דרמטיטיס
		13.10 אחר
		1.4 עיניים
		14.1 קטרקט
		14.2 קטרקט מילדות
		14.3 לחץ תוך עיני מוגבר (גלאוקומה)
		14.4 פיזילה
		14.5 עין עצלה
		14.6 קרטוקונוס
		14.7 פגיעה/היפרדות של רשתית העין
		14.8 שימוש קבוע במשקפי ראייה מעל 7
		14.9 עיוורון
		14.10 אובאיטיס כרונית
		14.11 מצב לאחר ניתוח לייזר לתיקון ראייה
		13.11.1 מספר עדשות לפני הניתוח גבוה מ-7
		14.12 אחר

לא	כן	
		8. מחלות מערכת עצבים, שיתוקים, שבץ מוחי
		8.1 אירוע מוחי
		8.2 טרשת נפוצה (מולטיפל סקלרוזיס)
		8.3 מחלת פרקינסון
		8.4 אפילפסיה
		8.4.1 גרנד מאל
		8.4.2 פטיט מאל
		8.4.2.1 עד 12 התקפים בשנה
		8.4.2.2 יותר מ-12 התקפים בשנה
		8.5 שיתוק בעצב הפנים
		8.6 דלקת המוח (אנצפליטיס) או דלקת קרום המוח
		8.6.1 במהלך השנה האחרונה?
		8.6.2 האם נשאר נזק מוחי או נזק אחר?
		8.7 שיתוק או חולשת שרירים
		8.8 אחר
		9. בעיות נפשיות
		9.1 בעיות נפשיות
		9.1.1 דיכאון
		בעבר
		בהווה
		9.1.2 חרדה/אובססיה
		9.1.3 ניסיון אובדני
		9.1.4 הפרעות אכילה, אנורקסיה ו/או בולמיה
		9.1.5 סכיזופרניה, מאניה דיפרסיה
		9.1.6 הלם קרב או תסמונת פוסט טראומטית
		9.1.7 טיפול פסיכיאטרי
		9.1.8 אישפוז בשל מצב נפשי
		9.1.9 אחר
		1.10 מחלות מפרקים, מחלות ניווניות
		10.1 ראומטואיד ארטריטיס (דלקת פרקים)
		10.1.1 האם מטופל בסטרואידים?
		10.1.2 לא מטופל בסטרואידים
		10.2 זאבת (לופוס)
		10.3 גאוס (שיגרון)
		10.4 אוסטאופרוזיס/אוסטאופניה
		10.4.1 האם יש/היו שברים אוסטאופרוזיים?
		10.4.2 אוסטאופרוזיס משנית?
		10.4.3 אוסטאופרוזיס ראשונית?
		10.5 אוסטאוארטריטיס
		10.6 תסמונת התעלה הקרפלית (CTS)
		10.7 פיברומיאלגיה
		10.8 דלקת פרקים בילדות
		10.9 בעיות אורתופדיות בברכיים/כאבי ברכיים
		- ברר ימין
		- ברר שמאל
		- שתי הברכיים
		10.10 אחר

הצהרה:
 אני החתום מטה, מצהיר בזה שכל תשובותיי הנ"ל הן נכונות ומלאות ושלא העלמתי מידע שעשוי להשפיע על ההחלטה אם לצרף אותי לקרן הפנסיה.
 ידוע לי ששאלונים אלה מהווים חלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות.

שם העמית/המועמד	מספר תעודת זהות	תאריך	חתימה