

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 ש"ח 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

שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.		תאריך לידה	
רחוב		מס'		ישוב		מיקוד	
טלפון בית		טלפון עבודה		טלפון נייד		מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
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.							

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?			שאלון סמים (1)
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/הפרעות 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. <input type="checkbox"/> מחלות לב			שאלון לב (2), שאלון כלי דם (4)
ב. <input type="checkbox"/> מחלות כלי דם			שאלון יתר לחץ דם (3), שאלון סוכרת (5)
ג. <input type="checkbox"/> מחלת כבד			שאלון צהבת וכבד (6)
ד. <input type="checkbox"/> מחלת סרטן וגידולים ממאירים			יש לצרף דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה + דוח מעקב אחרון
ה. <input type="checkbox"/> גידולים שפירים במח			יש לצרף דוחות: תשובה היסטולוגית מלאה + דוח מעקב אחרון
ו. <input type="checkbox"/> איידס או נשאות לאיידס			פירוט ומסמכים רפואיים
ז. <input type="checkbox"/> אירוע מוחי			פירוט ומסמכים רפואיים
ח. <input type="checkbox"/> מחלות דם			פירוט ומסמכים רפואיים
3. האם אתה/סובלת או סבלת מבעיית פרקים, עצמות, גב ועמוד שדרה בחמש השנים האחרונות?			שאלון עצמות ושברים (7), שאלון בעיות מפרקים (8), שאלון ברכיים (9), שאלון גב ועמוד שדרה (10)
4. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות העולה על 25%?			שאלון תאונות / נכות (11)
5. תרופות: האם אתה/נוטלת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בחמש השנים האחרונות?			יש לצרף פרוט ומסמכים רפואיים
6. אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בחמש השנים האחרונות?			שאלון אשפוזים וניתוחים (12). יש לצרף דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)
7. פירוט לסעיפים:.....			


תאריך: חתימה: 



^dt13001

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 שהנני 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 מחלותי 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, שאירוי לא יהיו זכאים לפנסיית שאירים.

תאריך: חתימת המועמד/ת: 