

יובהר כי הצהרת בריאות זו מהווה חלק בלתי נפרד מבקשתי להצטרף כעמית בקרן הפנסיה המקיפה "איילון מיטב פנסיה מקיפה" שבניהול מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ ("החברה").

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מין ז / נ \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ תאריך לידה / / \_\_\_\_\_ מקצוע \_\_\_\_\_

מס'	האם אובחנת או הנך סובל או סבלת בעבר מאחת או יותר מהמחלות המופיעות ברשימה הבאה במהלך ה-5 שנים האחרונות	כן	לא	אם התשובה חיובית, נא לפרט
1	מחלות לב, יתר לחץ דם, מחלות כלי דם			
2	מחלות ריאה ודרכי נשימה			
3	גידולים ממאירים ו/או מחלות ממאירות			
4	מחלות של דרכי העיכול, כבד			
5	מחלות פרקים ו/או בעיות בגב וחוט שדרה			
6	מערכת העצבים (כגון ולא רק: שיתוקים, מחלות ניווניות, שבץ)			
7	כליות			
8	סכרת			
9	איידס או אתה נשא של מחלת האיידס			
10	האם אובחנת כחולה במחלת נפש או בעיה פסיכולוגית			
11	האם אושפזת?			
12	האם אתה נוטל תרופות על בסיס קבוע כתוצאה ממחלה או בעיה כרונית			
13	האם יש לך נכות כלשהי מסיבת תאונה או מחלה?			
14	האם הנך משתמש בסמים ו/או באלכוהול? במידה וכן פרט אודות הסוג והכמות ליום			
15	האם אתה מעשן או עישנת? במידה וכן פרט אודות הכמות ליום			

גובה \_\_\_\_\_ ס"מ משקל \_\_\_\_\_ ק"ג

שם קופת החולים \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ כתובת הרופא או הסניף \_\_\_\_\_

הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתך בהצהרה זו הינם מלאים, נכונים ומדויקים. הנני מצהיר בזאת כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי והנני מסכים כי המידע אודותיי יימסר לכל גוף שהחברה תמצא לנכון בכפוף להוראותי בטופס ההצטרפות לקרן הפנסיה ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981.

### ויתור על סודיות רפואית:

הנני, הח"מ, נותן בזאת רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, גופים מוסדיים כהגדרתם בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א 1981 ("גופים מוסדיים"), ואדם אחר כלשהו ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לקופת חולים, בית חולים, כל רופא, כל מרפאה ובכלל זה המרפאה לבריאות הנפש ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או גוף ציבורי או כל גוף אחר ("המוסדות") למסור לידי מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ ו/או מי מטעמם, את כל המסמכים, הפרטים והמידע הנדרש על ידה, ללא יוצא מן הכלל, ובהתאם לאופן בו יידרש המידע, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי שלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ובכלל זה כל פגיעה מכל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאחלה בה בעתיד ("המידע").

הנני משחרר את המוסדות וכל רופא מהמוסדות הרפואיים ו/או כל עובד מעובדי המוסדות כולל בתי חולים כללים ו/או פסיכיאטרים ו/או שיקומיים וכל סניף מהמוסדות ו/או השירות הפסיכולוגי מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת למסור כל מידע ומסמך מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ ולא תהיה לי אל המוסדות כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. הנני מייפה בזאת את כוחה של מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ, בין בעצמה, ובין באמצעות אדם או גוף אחר הפועל מטעמה, להגיש בשמי בקשת עיון וכן לעיין במידע אודותיי המצוי במאגר המידע, מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע מסוג כלשהו כמפורט לעיל, לרבות החלטות שניתנו על ידי גוף ציבורי או גופים מוסדיים בעניין זכויותי לתשלומים עקב נכות. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובני, ובאי כוחי החוקיים וכן כל מי שיבוא במקומי ובשמי.

הוסבר לי, ואני מסכים, כי ככל שיימצא שהפרטים שמסרתך בהצהרה זו, כולם או מקצתם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד מתן ההצהרה, מיטב דש גמל ופנסיה בע"מ תהא רשאית לבטל את חברותי בקרן הפנסיה וכן לבטל את זכויותי לפנסיה נכות, ובמקרה של פטירה ח"ח שאירי לא יהיו זכאים לפנסיה שארים, ככל שהנכות או הפטירה, לפי העניין, אירעו כתוצאה ממצבי הבריאותי, נכון למועד חתימת טופס זה, עליו דיווחתי כנדרש כאמור לעיל בהצהרה זו.

שם מלא \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ X