

ה. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1 אני תושב/ת ישראל.

2 אני נכה 100% / עיוורת/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 אני תושב/ת קבועה/ בישוב מיוחד/באיזור פיתוח מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312א.

4 אני עולה חדשה/ תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____ .
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ .
מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
חובה לציין: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת יתושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדשה/ת - תעודת עולה.

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיעה/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוורת/ת עפ"י סעיף 59 לפקודה.

6 אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לכיטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס _____ . מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים _____ .

8 בגין ילדי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽¹²⁾.
 מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס _____ .

9 אני הורה יחיד⁽¹²⁾ לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו אלו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מוונות.

11 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

12 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

13 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ . תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

14 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור ממסרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת⁽¹⁾ כמפורט להלן:

ש	כ ת ו ב ת	ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ה מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾	
		מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)
		9	הכנסה חודשית (לפי ה ת ו ש י מ)
		9	
		9	

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשטמה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך
_____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 0101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
(2) "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
(3) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
(3) משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או נוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד עבודה נוספת".
(4) משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
(5) שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
(6) קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה.
(7) אם העובד לא מילא משכורת או - המעביד מנוע מלנוכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנוכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
(8) אם העובד מילא משכורת או - המעביד מנוע מלנוכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנוכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
(9) אם העובד לא מילא משכורת או - על המעביד לציין למשכורת את סכומי הפרשות לקרן השתלמות ולנוכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
(10) אם העובד לא מילא משכורת או - על המעביד לציין למשכורת את סכומי הפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנוכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מ"פ"ש.
(11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בבד).
(12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושהורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.



הדרכת בטיחות לעובדים חדשים

על פי תקנות ארגון הפיקוח על העבודה (1984) חלה חובה על המעסיק לדאוג להדרכת בטיחות לעובדיו וחובה על כל העובדים להשתתף בהדרכה זו, סמוך ככל האפשר לתחילת עבודתם באוניברסיטה.

אי הגעה להדרכה היא עבירת משמעת העלולה לגרום להפסקת עבודתך.
עליך להשתתף במחזור ההדרכה הקרוב ביותר למועד תחילת עבודתך.

נא להתעדכן לגבי מועדי הדרכה ומיקומם באתר הבטיחות ב"מידע לעובדים"

בכתובת <http://in.bgu.ac.il/logistics/Pages/training.aspx>

[] הנני מאשר/ת את השתתפותי בהדרכת בטיחות בתאריך _____

הנני מועסק באוניברסיטה באמצעות מדור: סגל מנהלי וטכני / סגל אקדמי

שם העובד/ת _____ ת.ז. _____

תפקיד _____ מחלקה _____

טלפון במחלקה _____ תאריך _____

כתובת דוא"ל _____ חתימה _____

תפוצה: 1. העובד 2. מחלקת בטיחות 3. _____ 4. תיק אישי

שם הממונה

בברכה,

אנה ביאליק

רכזת הדרכות בטיחות



חבר סגל יקר/ה

הנדון: בדיקות רפואיות בקבלה לעבודה

עובד/ת חדש/ה חייב/ת בביצוע בדיקות רפואיות כלליות תוך חודשיים מתחילת העבודה במידה והוא/היא חשוף לגורמים המפורטים מטה בזמן העבודה.

אי ביצוע בדיקות רפואיות לעובדים (על פי סוג החשיפה) מהווה עבירה על תקנות הבטיחות!! ולכן זוהי אחריותך האישית לבצע בדיקות אלה.

יש לציין האם תהיה/י חשוף/ה או לא:

1. חשיפה לקרינה מייננת: לא _____ כן _____

את הטופס חובה להחזיר יחד עם ערכת הטפסים לאגף משאבי אנוש.

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____

מחלקה: _____ טלפון נייד: _____ email: _____

חתימה _____ תאריך: _____

שם הממונה: _____ תפקיד: _____ חתימה: _____

פרטי ממונה להתקשרות (דואר אלקטרוני וטלפון): _____

**במידה והנך בהריון ועובדת במעבדה, נא פני מיידית למחלקת הבטיחות
לטלפון: 08-6461551. כמו כן, מחובתך לדווח למנהל המעבדה.**

ב ב ר כ ה,

אגף משאבי אנוש



בקשה להחזר קצובת נסיעה

חבר סגל יקר,

- קצובת נסיעה משולמת לעובד בהתאם לימי עבודתו ומקום מגוריו בפועל.
- לאחר מילוי הטופס נא לשלוח לכתובת הרשומה מעלה.
- החזר הנסיעה הינו עד לתקרה שנקבעה ע"י החשב הכללי.

שם פרטי										שם משפחה										מספר זהות																			
פקולטה										מחלקה										חלקיות משרה																			
מס' טל' בבית										מס' טל' נייד										פקס										e-mail									
כתובת מגורים בפועל																																							
רחוב										מס' בית										עיר										מיקוד									
פרוט מס' ימי נסיעה בשבוע																																							
															פרט מס' ימי נסיעה לעבודה בשבוע																								
פירוט יעדי האוטובוסים הנדרשים																																							
להלן פירוט קשר האוטובוסים בין מקום מגורי לבין מקום עבודתי:																																							
פרטים										מחיר נסיעה בכיוון אחד										מחיר כרטיס חופשי חודשי																			
בעיר המגורים																																							
בעיר העבודה																																							
נסיעה בין-עירונית																																							
הצהרת העובד																																							
<p>הריני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים הנ"ל נכונים ומבקש/ת לאשר לי קצובת נסיעה . הנני מתחייב/ת להודיע לאוניברסיטה על כל שינוי בכתובת המגורים, מקום העבודה /בסדרי התחבורה. הנני מצהיר/ה כי אינני מקבל/ת החזר נסיעות בשל עבודה אחרת באוניברסיטה באותם ימים, כמו כן, אני מאשר/ת לנכות משכרי כל תשלום ששולם לי ביתר בגין דיווח לא נכון בתצהיר זה או אי מתן עדכון מיוחד במועד. ידוע לי כי דיווח שקרי יגרור סנקציות מצד האוניברסיטה</p>																																							
חתימת העובד																																							
שם פרטי ושם משפחה										חתימה										תאריך																			



אונברסיטת בן-גוריון בנגב
אגף משאבי אנוש
טלפונים:
משאבי אנוש סגל אקדמי-08-6461305
משאבי אנוש סגל מנהלי וטכני-08-6461308

הצטרפות לביטוח חיים

פרטי העובד

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות
אגף/פקולטה	מחלקה	e-mail
מס' טל'	מס' טל' נייד	תאריך לידה

הצטרפות לביטוח חיים

איש סגל יקר,
האונברסיטה מאפשרת הצטרפות לביטוח חיים ריזיקו קבוצתי.
התשלום בקרות מקרה ביטוח בשנת 2014 עומד על סך של כ- 150,000 ₪.
האונברסיטה משלמת בגין עובד הבוחר להצטרף להסדר מחצית מסכום הפרמיה מידי שנה ומנכה משכרו של העובד את המחצית השנייה. את סכום הניכוי ניתן לברר באגף משאבי אנוש במדור הרלוונטי עבורך.
תוקפו של ביטוח זה יחול רק ממועד התחלת הניכוי בפועל משכר העובד ולא ממועד החתימה על הטופס.

- אני מאשר/ת ניכוי עבור ביטוח חיים משכרי
- אינני מעוניין להצטרף לביטוח חיים

לתשומת לבך, אי מילוי הטופס יחשב כוויתור על ההסדר, והוא לא יחול עלייך.

הערות:

- תוקף ביטוח כפל פיצוי במקרה של מוות מתאונה ו/או נכות צמיתה מתאונה חריח הינו עד גיל 70.
- תוקף ביטוח חיים ריסק בלבד – במקרה של מוות חריח הינו עד גיל 71.

שם פרטי ושם משפחה	חתימה	תאריך



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
אגף משאבי אנוש
משאבי אנוש סגל מנהלי וטכני:
08-647313

קביעת זכאות לתשלום שארים

פרטי העובד

שם פרטי										שם משפחה										מספר זהות									
אגף/פקולטה										מחלקה										מס' טל'									
מס' טל'										מס' טל' נייד										פקס									
e-mail																													

הצהרת העובד

אני הח"מ מבקש כי תגמולי ביטוח החיים, משכורתי וכל תשלום אחר אשר יגיעו לי מכס ביום פטירתי חו"ח, עקב עבודתי באוניברסיטת בן-גוריון בנגב ישולמו (אלא אם כן יש הודאה מחייבת בכל חוק אחר):

יורשי החוקיים

למוטבים ששםם נקוב בחלקים המצוינים מול שמותיהם:

שם משפחה	שם פרטי (מלא)	מס' זהות	חלק ב- %	קירבה משפחתית (פרט)
				אח/אחות/הורה נתמך/בן/בת זוג/ילד/ילדה/אחר

ייפוי כוח

הנני מיפה את כוחו של										שם פרטי										שם משפחה										מס' זהות									
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

להיכנס לחשבון הדוא"ל במקרה של פטירתי חו"ח. הצהרה זו מבטלת כל הצהרה קודמת אשר נתתי בעניין זה. אני החתום מטה ממנה בזה את אוניברסיטת בן-גוריון בנגב להיות בא כוחי ולחתום על כל מסמך כהגדרתו בחוק פיקוח על עסקי ביטוח (תיקון מס' 4 תשמ"ט 1979)

שם פרטי ושם משפחה										חתימה										תאריך									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--



כתב התחייבות והצהרת סודיות

אני החתום מטה מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן:

1. לעשות שימוש במשאבי התקשוב (תקשורת ומחשוב) ובמאגרי המידע של האוניברסיטה, בהתאם לחוק: במיוחד לפי חוק המחשבים, חוק הגנת הפרטיות וכן עפ"י נוהלי האוניברסיטה והכללים המפורסמים מעת לעת ע"י מערך המחשוב ב- <http://www.bgu.ac.il/comp/regulations>
2. לעשות שימוש במשאבי המחשוב ובמאגרי המידע באוניברסיטה רק לצורך עבודתי/לימודי.
3. א. אשמור על סודיות מוחלטת, בכל הנוגע לכל מידע המגיע לידיעתי במהלך עבודתי ו/או עקב עבודתי באוניברסיטה ו/או בכל דרך אחרת, ולא אמסור, אגלה, אפרסם, אייצר או אשווק בין בתמורה ובין שלא בתמורה, בין בכתב ובין בעל פה או בכל דרך אחרת, כל מידע או מסמכים שהגיעו אלי, לשום גורם, מבלי שאקבל הרשאה לכך ממי שהוסמך לכך מטעם האוניברסיטה.
ב. לא אעשה שימוש במידע כאמור אלא לשם מטרת עבודתי באוניברסיטה.
ג. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל ולמען הסר ספק, מובהר בזאת, כי המונח "מידע" כולל, בין היתר, מידע הנוגע למנהלי האוניברסיטה, עובדיה, תלמידיה, ספקיה, לקוחותיה, פעילותה ודרכי האוניברסיטה.
4. אנקוט בכל באמצעים הדרושים, לשם שמירה קפדנית ומוחלטת של המידע, כאמור בסעיף 3 לעיל.
5. התחייבותי כאמור בסעיף 3 לעיל, תחול הן במשך תקופת עבודתי באוניברסיטה והן לאחר שעבודתי תגיע לסיומה, מכל סיבה שהיא.
6. לא אכנס למאגרי המידע באוניברסיטה או מחוצה לה וכן לחשבונות מחשב, ללא רשות או סמכות, ולכן לא אנצל את גישתי למערכת המחשוב באוניברסיטה לשם שינוי ושיבוש נתונים שלא לצורך עבודתי או שיבוש תוכנות מחשב.
7. ידועה ומובנת לי חשיבותה החיונית של שמירת הסודיות, וידוע לי, כי כל מסירה בלתי מוסמכת של מידע או שימוש בלתי מוסמך במידע, שלא למטרות האוניברסיטה ושלא על פי הוראותיה, יחשבו כהפרת אמון וכפגיעה חמורה בחובת הנאמנות שלי לאוניברסיטה, על כל המשתמע מכך לעניין הפרות משמעת במקום העבודה.
8. ידוע לי כי אשא בכל הנזקים אשר יגרמו עקב דליפות אשר יעשו על ידי.
9. ידוע לי כי האוניברסיטה – אוסרת שימוש בחבילות תוכנת – מחשב בניגוד להוראות חוק זכויות יוצרים.
10. לא אשתמש במחשבי האוניברסיטה בחבילות תוכנה אשר הועתקו שלא כדין ו/או אשר הגיעו אלי בכל דרך שיש בה משום הפרת זכויות יוצרים.

ובזאת באתי על החתום היום ה- _____

שם פרטי ומשפחה	ת.ז	מחלקה	חתימה



תאריך: _____

טופס הצהרה בהתאם להוראות סעיף 4א(6) לצו ההרחבה (נוסח משולב)
לפנסיה חובה לפי חוק הסכמים קיבוציים, התשי"ז-1957

הריני להצהיר בזאת כי פרשתי מעבודתי בגיל פרישת חובה (גיל 67) ואני מקבל / אינני מקבל (הקף את ההצהרה הנכונה) קיצבה.

ידוע לי כי המונח "קיצבה" אינו מתייחס לקצבאות המתקבלות מאת המוסד לביטוח לאומי אלא לקצבאות המתקבלות מגופים אחרים עקב פרישה מהעבודה.

תאריך לידה: _____

שם: _____

חתימה: _____

הסכם

שנערך ונחתם בבאר שבע ביום _____

בין

אוניברסיטת בן גוריון בנגב

שכתובתה ת"ד 653 באר שבע 84105

(להלן "המעביד")

מצד אחד

לבין

נושא ת.ז. שמספרה _____

שכתובתו _____

(להלן "העובד")

מצד שני

הוסכם, הוצהר והותנה בזאת בין הצדדים כדלקמן:

1. העובד מסכים בזאת שהפרשות המעביד עבורו לקרן פנסיה/ קופת ביטוח בשיעור של 8.33% אחוזים מהשכר המופטר יבואו במקום פיצויי פיטורים על פי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963, והאישור הכללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים, שהוצא מכוחו (ושהעתקו מצ"ב כנספח א' להסכם זה).
2. המעביד מוותר בזאת מראש על כל זכות שיכולה להיות לו להחזר כספים מתוך תשלומים, אלא אם כן נשללה זכות העובד לפיצויי פיטורים בפסק דין מכוח סעיפים 16 או 17 לחוק ובמידה ונשללה או שהעובד משך כספים מקרן הפנסיה או מקופת הביטוח שלא בשל אירוע מזכה; לענין זה, " אירוע מזכה" - מוות, נכות או פרישה בגיל שישים או יותר.
3. אין באמרו בהסכם זה כדי ליצור לעובד זכות להפרשת תשלומים לקרן פנסיה/קופת ביטוח, אלא במידה שזכות כזאת מוקנית לו בהסכם עבודה אישי ו/אן קיבוצי או על פי הוראות צו ההרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק.
4. העובד מאשר שחתם על הסכם זה מרצונו החופשי ולאחר ששקל את כל הפרטים הרלבנטיים.

ולראייה באו הצדדים על החתום:

המעביד

העובד

נספח א'

אישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963.

בתוקף סמכותי לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963 (להלן - החוק), אני מאשר כי תשלומים ששילם מעביד החל ביום פרסומו של אישור זה, בעד עובדו לפנסיה מקיפה בקופת גמל לקצבה שאינה קופת ביטוח כמשמעותה בתקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניהול קופות גמל), התשכ"ד-1964 (להלן - קרן פנסיה), או לביטוח מנהלים הכולל אפשרות לקצבה או שילוב של תשלומים לתכנית קצבה ולתכנית שאינה לקצבה בקופת ביטוח כאמור (להלן - קופת ביטוח), לרבות תשלומים ששילם תוך שילוב של תשלומים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח בין אם יש בקופת הביטוח תכנית לקצבה ובין אם לאו (להלן - תשלומי המעביד), יבואו במקום פיצויי הפיטורים המגיעים לעובד האמור בגין השכר שממנו שולמו התשלומים האמורים ולתקופה ששולמו (להלן - השכר המופטר), ובלבד שנתקיימו כל אלה:

1. תשלומי המעביד-

א. לקרן פנסיה אינם פחותים מ-14% מן השכר המופטר או 12% מן השכר המופטר אם משלם המעביד בעד עובדו בנוסף לכך גם תשלומים להשלמת פיצויי פיטורים לקופת גמל לפיצויים או לקופת ביטוח על שם העובד בשיעור של 2% מן השכר המופטר. לא שילם המעביד בנוסף ל-12% גם 2% כאמור, יבואו תשלומיו במקום 72% מפיצויי הפיטורים של העובד בלבד;

ב. לקופת ביטוח אינם פחותים מאחד מאלה:

1. 13% מן השכר המופטר, אם משלם המעביד בעד עובדו בנוסף לכך גם תשלומים להבטחת הכנסה חודשית במקרה אובדן כושר עבודה, בתכנית שאישר הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר, בשיעור הדרוש להבטחת 75% מן השכר המופטר לפחות או בשיעור של 21/2% מן השכר המופטר, לפי הנמוך מביניהם (להלן - תשלום לביטוח אובדן כושר עבודה)
2. 11% מן השכר המופטר, אם שילם המעביד בנוסף גם תשלום לביטוח אובדן כושר עבודה, ובמקרה זה יבואו תשלומי המעביד במקום 72% מפיצויי הפיטורים של העובד, בלבד; שילם המעביד נוסף על אלה גם תשלומים להשלמת פיצויי פיטורים לקופת גמל לפיצויים או לקופת ביטוח על שם העובד בשיעור של 2% מן השכר המופטר, יבואו תשלומי המעביד במקום 100% פיצויי פיטורים של העובד.

2. לא יאוחר משלושה חודשים מתחילת ביצוע תשלומי המעביד נערך הסכם בכתב בין המעביד לבין העובד ובו-

א. הסכמת העובד להסדר לפי אישור זה בנוסח המפרט את תשלומי המעביד ואת קרן הפנסיה וקופת הביטוח, לפי העניין; בהסכם האמור ייכלל גם נוסחו של אישור זה;

ב. ויתור המעביד מראש על כל זכות שיכולה להיות לו להחזר כספים מתוך תשלומיו, אלא אם כן נשללה זכות העובד לפיצויי פיטורים בפסק דין מכוח סעיפים 16 או 17 לחוק ובמידה שנשללה או שהעובד משך כספים מקרן הפנסיה או מקופת הביטוח שלא בשל אירוע מזכה; לעניין זה, "אירוע מזכה"- מוות, נכות או פרישה בגיל שישים או יותר.

3. אין באישור זה כדי לגרוע מזכותו של עובד לפיצויי פיטורים לפי החוק, הסכם קיבוצי, צו הרחבה או חוזה עבודה, בגין שכר שמעבר לשכר המופטר.

ט"ו בסיון התשנ"ח (9 ביוני 1998)

אליהו ישי

שר העבודה והרווחה

טופס הצטרפות לקרן פנסיה מקיפה

יש לצרף צילום תעודת זהות כולל טפח. תעודת זהות ביומטרית, יש להעביר צילום של שני הצדדים.
חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת		
שם החברה המנהלת*	שם קרן הפנסיה*	קוד קרן הפנסיה
אלטשולר שחם גמל ופנסיה בע"מ	אלטשולר שחם פנסיה מקיפה	513173393-0000000001328-0000-000

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
						חוק / נשוי / נחש / אלמן / יחיד בציבור
"שוב"	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
כתובת דוא"ל	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד*	שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה / עצמאי באמצעות מעסיק		

פרטי בן/בת הזוג				
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין

פרטי ילדים עד גיל 21				
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין

פרטי מעסיק			
שם המעסיק*	כתובת המעסיק	מספר טלפון*	ח.ב. / עוסק מורשה

מסלולי ביטוח בקרן		
שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול	<input type="checkbox"/>
מסלול כללי	64 לאישה, 67 לגבר	<input type="checkbox"/>
מסלול עתיר חיסכון	64 לאישה, 67 לגבר	<input type="checkbox"/>
מסלול עתיר נכות ושארים	64 לאישה, 67 לגבר	<input type="checkbox"/>
מסלול עתיר נכות ושארים לפרישה בגיל 60	60	<input type="checkbox"/>
מסלול עתיר נכות	64 לאישה, 67 לגבר	<input type="checkbox"/>
מסלול עתיר שאריום	64 לאישה, 67 לגבר	<input type="checkbox"/>
מסלול עתיר נכות לגיל 67	67	<input type="checkbox"/>

מסלולי הביטוח בקרן פנסיה נבדלים זה מזה בדיקף הכיסוי הביטוחי הניתן למקרה נכות או פטירה

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול הביטוח עתיר נכות לגיל 67.

ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60)

- אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג בלבד. אין לי בן/בת זוג אך יש לי ילד שגילו פחות מ-21.
- אני מבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים. אין לי בן/בת זוג ואין לי ילד שגילו פחות מ-21.

ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחודש הכיסוי הביטוחי לשאיידים ויטכז דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אודיע לחברה בכתב כי אני מעוניין/ת להמשיך ולוותר על כיסוי ביטוחי זה.

שים לב! בן/בת זוג הוא מי שנשוי לעמית או מי שידוע בציבור כבן/בת זוג של העמית ומתגורר עמו.

ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60)

נא סמן/י את האפשרויות הרצויות:

- אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכתי נכות ועל כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים.
- אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים.

מסלול השקעה בקרן

סמן/י את מסלול ההשקעה המבוקש:

רכיב תגמולים

מסלולי ההשקעה בקרן המסוים נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספין המושקעים בקרן

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	
מסלול השקעות משותנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחול		<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 ומטה	9757	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 עד 60	9758	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 60 ומעלה	9759	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה מסלול הלכה	9760	<input type="checkbox"/>

רכיב פיצויים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	
מסלול השקעות משותנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחול		<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 ומטה	9757	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 עד 60	9758	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 60 ומעלה	9759	<input type="checkbox"/>
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה מסלול הלכה	9760	<input type="checkbox"/>

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספין במסלול ברירת המחול. במקרה שבו לא נקבע בהסכם קבוצי או הסכם אחר כי הפקדה לרכיב פיצויים תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחול בקרן תותנה בקבלת אישור המעסיק.

דמי ניהול בקרן הפנסיה
שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי) % _____ שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי) % _____

עמית עצמאי
לגבי עמית עצמאי בלבד - שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו כדלקמן: <input type="checkbox"/> 16% (ברירת מחדל) <input type="checkbox"/> אחר: _____
שים לב! בחירה השונה משיעור ברירת המחול של הקרן מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.

פרטי תשלום של עמית עצמאי		
תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סמס הפקדה
/ /	/ /	ש

למילוי על ידי עמית שמצטרף באמצעות הצטרפות ישירה (לא סוכן פנסיוני, משוק פנסיוני או יועץ פנסיתי)
אנא סמן אם מתקיימים אצלך אחד או יותר מאלה: <input type="checkbox"/> אני עמית פעיל בקרן פנסיה וותיקה <input type="checkbox"/> אני מבוטח פעיל בקופת ביטוח (ביטוח מנהלים)

אישורים
ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול קופת הפנסיה שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, ותקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.
<input type="checkbox"/> אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בטענת _____@_____ חאת במקום באמצעות הדואר.
<input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מנויה החברה.
ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לטענת דוא"ל Sherut@altshul.co.il או לכתובת: הברזל 19 א', רמת החייל, תל אביב 6971026.
חתימה: _____ x

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה www.as-invest.co.il.

פרטי בעל רשיון (לא נדרש בהצטרפות מקומת)				
שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רשיון	מס' סוק בחבזה	שם סוכנות

רשימת מסמכים מצורפים
<input type="checkbox"/> הצהרת בריאות (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת)
<input type="checkbox"/> ייפוי כח - בהתאם להוראות הממנה
<input type="checkbox"/> מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממנה
<input type="checkbox"/> טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)
<input type="checkbox"/> הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)
<input type="checkbox"/> כתב מינוי אפוטרופוס - (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)
<input type="checkbox"/> טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממנה (רשות)
<input type="checkbox"/> תעודת זהות כולל טפח
<input type="checkbox"/> בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

חתימת העמית*: _____ א
 תאריך*: _____ / _____ / _____

חתימת בעל רשיון: _____ א
 תאריך: _____ / _____ / _____

חתימת אפוטרופוס: _____ א
 תאריך: _____ / _____ / _____

איך תדאגי לפנסיה שלך?

קרן הפנסיה שלך תעניק לך קצבה חודשית לאחר פרישה מעבודה, וכיסוי ביטוחי למקרה שלא תוכלי להמשיך לעבוד או למקרה מוות

1. ביטוח בקרן הפנסיה*

קרן הפנסיה שלך מספקת שני סוגים של כיסויים ביטוחיים במהלך תקופת העבודה: ביטוח למקרה נכות - אם לא תוכלי להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, ותוכלי לקבל מקרן הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.

ביטוח למקרה מוות - אם תלך/תלכי לעולמך חס וחלילה בן/בת הזוג שלך יקבל קצבה חודשית מהקרן לכל ימי חייו/חייה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.

- תוכלי לחזור מסלול ביטוח בקרן המתאים לצרכיך בכל עת באמצעות שליחת בקשה בעניין לקרן.
- אם אין לך בת/בן זוג וילדים, באפשרותך לוותר על כיסוי ביטוחי למקרה מוות. שים/שימי לב, עליך לחזור וליידע את הקרן כל שנתיים שלא חל שינוי במצבך, כדי שלא יגבו ממך את עלות הביטוח מחדש.
- בחמש השנים הראשונות בקרן פנסיה לא תקבלי/פיצוי אם מקרה הביטוח נובע ממחלה שהייתה לך לפני שהצטרפת לקרן פנסיה.

שים/שימי לב!

- באפשרותך לשמור על הכיסוי הביטוחי מקורות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהחיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרן החדשה שלך.
- הפסקת הפקדות לקרן מבטלת את הכיסוי הביטוחי ולא תוכלי להשיג לאחר מכן את אותם התנאים. במקרה של הפסקת עבודה (לדוגמה, בעקבות חופשת לידה מעל 5 חודשים), ניתן לשמור על רציפות הכיסוי הביטוחי למשך תקופה מוגבלת, ע"י תשלום עבור הכיסוי הביטוחי בלבד.

* האמור לעיל ולוונטי לקרן פנסיה מקיפה "אלטשולר שחם פנסיה מקיפה".

2. חיסכון בקרן פנסיה

- הקצבה החודשית שלך בפנסיה תיקבע בהתאם לסכום שמופקד לחיסכון מדי חודש, הרווח ששיגי הכסף שלך, ובניכוי דמי ניהול ועלות הכיסוי הביטוחי.
- חיסכון לתקופה ארוכה יותר, דמי ניהול נמוכים יותר, ואי משיכת כספים לאורך תקופת החיסכון יבטיחו לך קצבה חודשית גבוהה יותר.
- לבחירתך עומדים מספר מסלולי השקעה בקרן הפנסיה.

שים/שימי לב!

משיכת פיצויים עלולה להקטין את הקצבה החודשית שלך בכ-40%.

3. דמי ניהול בקרן פנסיה

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם דמי ניהול לקרן הפנסיה.
- להלן דמי הניהול הממוצעים הנגבים מעמיתים בקרן "אלטשולר שחם פנסיה":

דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2016	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה	0.31%	3.27%
אלטשולר שחם פנסיה כללית	0.87%	3.10%

שים/שימי לב!

שיעור דמי הניהול משפיע על גובה החיסכון שיעמוד לרשותך בגיל פרישה.

הצהרת בריאות

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____

שאלון הצהרה על מצב בריאות: יובהר כי שאלון רפואי זה מהווה חלק בלתי נפרד מבקשת ההצטרפות כעמית לקרן הפנסיה "אלטשולר שחם פנסיה מקיפה" (מ"ה 1328) שבניהול אלטשולר שחם גמל ופנסיה בע"מ.
נא לסמן ✓ לכל שאלה בעמודה המתאימה (כל הנכתב בלשון זכר הינו מטעמי נוחות בלבד ומתייחס גם לנקבה):

חלק א':

רקע רפואי ואורח חיים		
1	האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) אם כן נא פרט: אני מעשן כעת _____ במשך _____ שנים הפסקתי לעשן ב _____ (א לציון מתי), עישנתי _____ סיגריות ליום	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
2	האם הנך שותה אלכוהול, באופן קבוע, יותר מ-2 כוסות ליום?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
3	האם הנך צורך סמים בהוזה או צרכת סמים בעבר?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
4	האם ב-3 שנים האחרונות אושפזת ו/או עברת ניתוח ו/או האם ימצא לך לעבור ניתוח?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
5	האם נקבעה לך נסת כלשהי ו/או הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות ו/או לקבלת אחוזי נכות ו/או הנך מתכוון להגיש תביעת נכות מכל סוג?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
6	האם הנך מקבל טיפול תרופתי בתדירות קבועה (לכל הפחות פעם בחודש, למטע גלולות הירון ותספי מזון) ב-10 השנים האחרונות כתוצאה ממחלה או בעיה כרונית?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

נא לפרט: גובה _____ ס"מ, משקל _____ ק"ג

חלק ב':

האם אובחנת או הנך מאובחנת באחת או יותר מהמחלות / ההפרעות / ליקויים במערכות המפורטות להלן:		
1	מערכת העצבים, המוח	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
2	האם אובחנת במחלת נפש - לרבות דיכאון, חרדות, וטמונת פוסט טראומטית	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
3	גידולים, מחלות ממאירות לרבות סרטן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
4	מערכת הריאות ודרכי הנשימה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
5	מערכת הדם, מערכת הלב, כלי דם	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
6	יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
7	מערכת העיכול, הכבד, לבלב, כיס מרה	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
8	מערכת המליות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
9	סכרת	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
10	מחלת איידס (HIV) או נשא של מחלת איידס	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
11	מערכת השלד, השרירים, המפרקים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

אם סימנת "כן" באחת מן השאלות לעיל, נא פרט וצרך מסמכים רפואיים המתייחסים למצב רפואי זה

Pm1003_190617

1/2

הצהרת המועמד

ידוע לי כי ככל שהצטרפתי באופן עצמאי מבלי שעברתי הליך יעוץ או שיווק פנסיוני על ידי בעל רשיון, ויקבעו לי החרגות רפואיות בשל מצב בריאות לקוי, המשך תהליך ההצטרפות לקרן הפנסיה יהיה מחויב ביעוץ או בשיווק פנסיוני על ידי בעל רשיון.

הנני מצהיר כי אני בכשר עבודה מלא לעבודה ולא הייתי בלתי כשיר לעבודה במשך 12 החודשים האחרונים. הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתני הם מלאים, נכונים ומדויקים. ברור לי כי ככל שיתברר כי הפרטים שמסרתני בהצהרה זו, כולם או חלקם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד ההצהרה, לא אהיה זכאי לפנסיה נכות ושאר יי לא יהיו זכאים לפנסיה שאירים, ככל שהנכות או הפטירה, לפי העניין, אירעו כתוצאה ממצבי הבריאותי, שעליו לא דיווחתי כנדרש, דיווח מלא, נכון ומדויק.

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____

תאריך: _____ / _____ / _____ חתימה: _____

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזאת לחברה ו/או למי מטעמה הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל טף לרבות טף ציבורי סגורות בחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, לרבות למוסד לניטוח לאומי או לרשויות המס או למשרד הביטחון, ו/או למעסיקי ו/או לכל מוסד רפואי בארץ לרבות עובדי, רופאיו וכל מי שפועל בשמו בישראל או בחו"ל, לרבות קופות חולים, בתי חולים כללים או פסיכיאטרים או שיקומיים על כל עובדיהם ו/או רופאיהם בכל מחלקותיהם וסניפיהם, כדי לקבל את כל הפרטים המצויינים בידם ללא יוצא מן הכלל ובכלל זה כל מידע על מצבי הבריאותי ו/או בתחום הסוציאלי ו/או הטיעודי ו/או הכלכלי ו/או השיקומי, לרבות בכל עניין הקשור לעבודתי ו/או כל מידע נדרש אחר בנוגע למצבי ו/או מחלותי ו/או זכאותי לאחוזי נכות, בכל זמן שהוא בהווה ו/או בעבר. הריני משחרר בזה כל טף הנזכר לעיל מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למסירת מידע כאמור, ומתיר להם בזאת ליתן לכם את המידע המפורט לעיל. עם חתימתי עם סגור ויתור זה, הריני מצהיר כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי המוסדות הנ"ל או עובדיהם או נותני השירות שלהם או מטעמם, בקשר למסירת מידע כאמור. האמור בכתב ויתור זה מחייב גם את עובדי ו/או שאירי ו/או מוטביי ו/או באי כוחי החוקיים. וכל מי שיבוא במקומם, בכפוף לתקנתן הקרן. חתימתי על סגור ויתור זה נעשתה מרצוני החופשי ואחר שהבנתי את האמור בו.

תאריך: _____ / _____ / _____ חתימת המועמד: _____

נספח ז'

טופס הצטרפות לקופת ברית מחול

הצהרת עובד בדבר ידיעתו על זכותו לבחור מוצר פנסיוני:

ידוע לי כי בהתאם לסעיף 20 (א) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, אני רשאי/ת לבחור, בכל עת, בכל קופת גמל או בקרן פנסיה המיועדת לחיסכון פנסיוני שנקבעה לפי הדין לצורך הפקדות פנסיוניות.

אני הח"מ _____ (שם העובד), מס' ת.ז. _____ מנקשת כי

ממועד _____ התשלומים בעדי לקרן הפנסיה _____ (שם הקופה הקודמת)

יופקדו לקופת ברית המחול ב: אלטשולר שחם קרן פנסיה מקיפה (מ.ה. 1328) (שם קופת ברית המחול).

ידוע לי כי שיעור דמי הניהול שאני צפויה לשלם בקרן הפנסיה אלטשולר שחם קרן פנסיה מקיפה (מ.ה. 1328) עומדים על % 1.49 מהפקדות -1 % 0.1 מהצבירה.

חתימת העובד: _____

תאריך חתימה: _____ / _____ / _____