



### עובד/ת יקר/ה !

ברכות עם הצטרפותך לסגל העובדים המנהליים והטכניים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. אנו מאחלים לך קליטה נעימה ומהירה בעבודה והשתלבות בצוות העובדים.

עליך למלא את הטפסים המצורפים ונודה לך אם תעביר אלינו את האישורים הבאים :

1. קורות חיים
2. צילום תעודת זהות עם ספח פתוח.
3. צילום תעודת עולה (במידה ועלית לארץ ב- 5 שנים האחרונות).
4. תעודות המעידות על השכלתך. (**אישור זכאות לתואר ראשון/שני**).
5. אישורים ממקומות עבודה קודמים (לצורך חישוב ותק).
6. אישור על שירות צבאי
7. בעלי זכאות לקצובת קילומטר בגין רכב - לצרף רישיון נהיגה ורישיון רכב.
8. במידה והנך זכאי גם להחזרי אגרות יש לצרף ביטוח החובה, ביטוח מקיף ואגרת הרישוי, והצהרת בן/בת הזוג שאיננו/ה מקבלת/ה החזרי אגרות בגין אותו הרכב.
9. מילוי שאלונים אישיים המצ"ב:

\* פרטים אישיים

\* טופס 101 <http://in.bgu.ac.il/osh/FormpymantF/t101-7.pdf>

\* בדיקות רפואיות

\* הדרכת בטיחות

\* קצובת נסיעה

\* ביטוח חיים קולקטיבי

\* הצהרת סודיות

\* טופס הצטרפות לקרן פנסיה

\* טופס הצטרפות לקופת גמל

\* טופס הצטרפות לקרן השתלמות

\* טופס הצטרפות לפוליסת פרט (מצ"ב בהמשך)

**לתשומת לבך-** היעדר אחד האישורים יעכב הטיפול בהכנת שכרך.

מידע לגבי זכויותיך וחובותיך במוסד תקבל/י מהרפרנטית שתטפל בך אישית ודרכה תקבל/י כרטיס עובד אשר ישמש אותך לקבלת שירותים במסגרת האוניברסיטה.

### קבלת קהל במדור

ימים א'-ה' בין השעות 12:00-8:30

**בין התאריכים 20-25 בכל חודש - אין קבלת קהל.**

**קישור לנוהל למניעת הטרדה מינית**



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

1  אני תושב/ת ישראל.

2  אני נכה 100% / עיוור/ת / לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/מקיד 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 קבוע/ה בישוב מיוחד/באיזור פיתוח מתאריך \_\_\_\_\_ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים בישוב \_\_\_\_\_ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312.א.

4  אני  עולה חדש/ה  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 תכנויים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.  
**חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדש/ה - תעודת עולה.**

5  בגין כן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או כן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהיא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 59 לפקודה.

6  אני הורה במשפחה חד הורית<sup>(11)</sup>, ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגנים מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח 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<sup>(12)</sup>.  
 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<sup>(12)</sup>.  
 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<sup>(12)</sup> 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 פסי"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

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 משטרת הגבולות בגין שהיה 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<sup>(1)</sup> כמפורט להלן:

ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ה מ ש כ ו ר ת (1)			
ש	מ	כ	ת
ש	מ	כ	ת
			9
			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 שהשמטה 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.  
"עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש.
- (3) משכורת בעד משרה נוספת - משכורת בעד עבודה של יותר מ - 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כימשכורת בעד משרה 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 זו - המעביד מנוע מלנוכח מס לפי לוח הניכויים ויש לנוכח מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (8) אם העובד מילא משכורת זו - המעביד מנוע מלנוכח מס לפי לוח הניכויים ויש לנוכח מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) אם העובד לא מילא משכורת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן ההשתלמות ולנוכח מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משכורת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנוכח מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, נרוט, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה 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> <http://in.bgu>

---

[ ] 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 מידית 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	
מס' e-mail					
<b>כתובת מגורים בפועל</b>					
רחוב		מס' בית		עיר	
מיקוד					
<b>פרט מס' ימי נסיעה בשבוע</b>					
<b>פירוט יעדי האוטובוסים הנדרשים</b>					
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					
<b>הצהרת העובד</b>					
<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>					
<b>חתימת העובד</b>					
שם פרטי ושם משפחה		חתימה		תאריך	



אוניברסיטת 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,  
האוניברסיטה מאפשרת הצטרפות לביטוח חיים ריזיקו קבוצתי.  
התשלום בקרות מקרה ביטוח בשנת 2014 עומד על סך של כ- 150,000 ₪.  
האוניברסיטה 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 חוייח הינו עד גיל 70.
- תוקף ביטוח חיים ריסק בלבד – במקרה של מוות חוייח הינו עד גיל 71.

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



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב  
אגף משאבי אנוש  
משאבי אנוש סגל מנהלי וטכני:  
08-6473613

**קביעת זכאות לתשלום שארים**

**פרטי העובד**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	מחלקה	אגף/פקולטה	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 מטרות 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

## דף מידע לחבר/ת סגל חדש/ה

חבר/ת סגל יקר/ה

ברוך/ה הבאה/ה לאוניברסיטת בן גוריון שבנגב.

דף זה מיועד להכוונה ראשונית של חבר/ת סגל חדש/ה, בכדי לעזור בהתמצאות בנבכי היחידות, המערכות והכללים וכל מה שנדרש על מנת להתחיל ולעבוד באוניברסיטה.

**עובדות מדור סגל מנהלי וטכני יטפלו בקליטתך וילוו אותך בתקופת העסקתך באוניברסיטה בנושאים הקשורים בשכרך.**

באתר האינטרנט של משאבי אנוש נמצא המדריך לסגל המנהלי. במדריך זה ניתן למצוא את פרוט התנאים

והזכויות של חברי הסגל. כתובתו הינה [http://in.bgu.ac.il/hr/Pages/admin\\_section.aspx](http://in.bgu.ac.il/hr/Pages/admin_section.aspx)

**לאחר שיחת הקליטה והקמתך במערכת כעובד אוניברסיטה עליך להסדיר:**

### **1. מערכות ממוחשבות**

**כתובת אלקטרונית:** תוך 48 שעות מיום עדכון פרטיך במערכת תקבל הנחיות במייל לקבלת סיסמא. במידה ולא תקבל הנחיות אלו, עליך לפנות עם תעודה מזהה למפעילים באגף המחשוב אשר נמצאים בבניין 58 חדר 1. קבלת קהל בימים א – ה שעות 08:00 – 17:00. טלפון לברורים 6461161. על פי שמך ומספר תעודת זהות ימסרו לך את שם המשתמש והסיסמא שאיתם ניתן להיכנס לתא הדואר האלקטרוני האישי. במידה ויש בעיה ניתן לפנות לאחראי הרשאות בטלפון 6461743, חדר מספר 10.

חברי סגל ששייכים לקמפוסים מרוחקים יפנו לאחראי ההרשאות ביחידתם:

מכונים לחקר המדבר: אחראי תקשורת מחשבים בטלפון 96713

קמפוס אילת: אחראי מחשוב בטלפון 64535

מודגש בזאת כי כל הדואר האלקטרוני הרשמי של יחידות המנהלה באוניברסיטה נשלח לחברי הסגל על פי הכתובת ב bgu לכן הכרחי לעבוד עם הכתובת הנ"ל.

**חשוב:** שם משתמש וסיסמא לדואר האלקטרוני אלו הם גם הבסיס לכניסה לכל המערכות הממוחשבות של האוניברסיטה ולמאגרי המידע והדיווח השונים.

**2. תעודת עובד:** עליך לגשת למחלקת הביטחון לצורך הוצאת תעודת עובד. משרדי מחלקת הביטחון נמצאים בבניין 26, חדר 101 (גישה ממדרגות חיצוניות).

זמני קבלת קהל ימים א – ה, שעות: 09:00 – 13:00. טלפון לברורים 6461553/4

**3. תווית חנייה:** כניסה באופן קבוע לאוניברסיטה עם רכב אפשרית בעזרת תווית חניה בלבד. עם הוצאת תעודת עובד עליך לגשת למחלקת הביטחון, בניין 26 חדר 101 ולמלא טופס לצורך קבלת תווית חנייה.

### **4. הדרכת בטיחות**

כל חבר/ת סגל חדש/ה באוניברסיטה חייב/ת לעבור הדרכת בטיחות. בערכת הטפסים שקיבלת ממשאבי אנוש נמצא מכתב הזמנה עם תאריכים אפשריים להדרכה. יש לבחור את אחד התאריכים ולהגיע להדרכה בהתאם.

**אתר האינטרנט של האוניברסיטה :** <http://www.bgu.ac.il>

דרך אתר זה ניתן לנווט לכל היחידות, הנהלים, המערכות והטפסים של האוניברסיטה.

**מערכת חילן נט = מערכת נוכחות :**

<https://hilanet.bgu.ac.il/HilanNetV2/LogonBGU.aspx?ReturnUrl=%2fHilanNetV2%2f>

באמצעות מערכת זו ניתן לעקוב אחרי דוח הנוכחות שלך מידי חודש, לראות את המכסות לה אתה זכאי, לצפות בתלוש המשכורת מידי חודש ולראות הודעות ממשאבי אנוש, הכניסה מערכת זו אפשרית בעזרת שם המשתמש והסיסמא של כתובתך האלקטרונית.

**ספר טלפונים ממוחשב :** לאוניברסיטה יש ספר טלפונים וכתובות דוא"ל פנימי ממוחשב. ניתן למצוא אותו בכתובת

[http://w05.bgu.ac.il/NihulitWeb/custom/bgu/login/index.asp?phone\\_book\\_id=1015](http://w05.bgu.ac.il/NihulitWeb/custom/bgu/login/index.asp?phone_book_id=1015)

**מפת האוניברסיטה**

מצ"ב קישור למפה של קריית האוניברסיטה על שם משפחת מרקוס. במפה זו ניתן לראות את פירוט המבנים ושמותיהם.

[http://in.bgu.ac.il/Pages/virtual\\_map.aspx](http://in.bgu.ac.il/Pages/virtual_map.aspx)

**מצ"ב קישור לנוהל הטרדה מינית**

<http://in.bgu.ac.il/osh/HumanresocharP/05-059.pdf>

**מדריך לסגל המנהלי והטכני**

[http://in.bgu.ac.il/hr/Pages/admin\\_info.aspx](http://in.bgu.ac.il/hr/Pages/admin_info.aspx)

חבר/ת סגל יקרה,

במסגרת עבודתך ע"ח תקציבי מחקר הינך זכאי/ת לקרן פנסיה ובאחריותך לבחור את קרן הפנסיה הרצויה עבורך. כמו כן, במידה והינך זכאי/ת במסגרת עבודתך לקרן השתלמות, באחריותך לבחור את קרן ההשתלמות הרצויה עבורך.

יש למלא מול נציג הקרן הנבחרת טופס מתאים ולהעבירו אלינו בכדי שנוכל לדווחו במערכת השכר.

לתשומת הלב: ברירת המחדל באוניברסיטה לקרן פנסיה היא של חב' "אלטשולר-שחם" ולקרן השתלמות של חב' "מגדל". במידה ולא תבחר/י אחת מהקרנות תוך חודש, תצורף/פי אוטומטית לקרן ברירות המחדל. מצורפים טפסים מתאימים.

**כמו כן, מצורף קישור לטפסים של קופות גמל וקרנות השתלמות אשר דמי הניהול שלהם הם הנמוכים ביותר ועומדים**

עם זאת אין בצרוף הקישורים הללו המלצה של המוסד על קרן זו או אחרת והבחירה בקרן היא על אחריות העובד/ת בלבד.

מצ"ב ההנחיות שפורסמו ע"י איל דבידה, ממ"ח שכר:

"אגף משאבי אנוש, מתוך ראיית הצורך בטובת העובד ניהל משא ומתן עם בתי ההשקעות וקופות הגמל. בעקבות המו"מ הושגו הסדרים מיוחדים הכוללים דמי ניהול מופחתים (ההסדרים המיטיבים הנ"ל מפורטים להלן). לצורך בחירת הסדרים פנסיונים ו/או קרנות השתלמות, אנו ממליצים לפנות לקבלת ייעוץ מבעלי מקצוע המתמחים בתחום ובעלי רישיון מתאים. לתשומת לבכם, נציגי הקרנות משווקים את הקרנות וככאלו אינם מהווים בעלי מקצוע אובייקטיביים.

כמו כן, מצ"ב פרטי נציגים של בתי ההשקעות (יש להדגיש כי מדובר באיש קשר ישיר של בית ההשקעות ולא בסוכן כשלהוא) אשר אליהם ניתן לפנות בכל שאלה או בירור במהלך ההצטרפות וכן במהלך התקופה בה הנך מועסק/ת באוניברסיטה, החל ממילוי טפסים וכלה בבירור יתרה.

עם זאת, אין ברשימת הגופים המעניקים הנחות משום המלצה מטעם האוניברסיטה, והאוניברסיטה ממליצה לבצע, לפני בחירת ההסדרים הפנסיונים וקרנות ההשתלמות, בדיקה באמצעות בעל מקצוע כאמור לעיל.

מודגש כי, אין ברשימה האמורה להלן משום המלצה ו/או ייעוץ ו/או חו"ד לגבי מוצר זה או אחר. חבר/ת סגל הרוצה רשאי/ת להביא טפסי הצטרפות מכל קופה אחרת. "

כמו כן אפשר לקבל מידע על הקופות השונות באתר "גמל – נט" [www.gemelnet.mof.gov.il](http://www.gemelnet.mof.gov.il)

בברכה,

סגל מנהלי וטכני

## 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 בוככבית (\*)

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 / גרוש / אלמן / יזוע בציבור
ישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
סוג 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.פ. / 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 שארם	64 לאישה, 67 לגבר	
<input type="checkbox"/> מסלול עתיר נכות לגיל 67	67	

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 ויטו 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 המסייה נבדלים ברמת הסיכונים והתשואה הצפויה לכספין המושקעים בקרן

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

**רכיב פיצויים**

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחול		<input type="checkbox"/>
אלטסולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 ומטה	9757	<input type="checkbox"/>
אלטסולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 עד 60	9758	<input type="checkbox"/>
אלטסולר שחם פנסיה מקיפה לבני 60 ומעלה	9759	<input type="checkbox"/>
אלטסולר 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 קבוצתי 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
<p>שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי) % _____</p> <p>שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי) % _____</p>

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

פרטי תשלום של עמית עצמאי		
תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
	/ /	₪

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

אישורים
<p>ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מנוקש 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.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____@_____ חאת במקום באמצעות הדואר.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מנויה החברה.</p> <p>ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל <a href="mailto:Sherut@altshul.co.il">Sherut@altshul.co.il</a> או לכתובת: הברזל 19 א', רמת החייל, תל אביב 6971026.</p> <p>חתימה: _____</p>

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה [www.as-invest.co.il](http://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 ספח
<input type="checkbox"/> בקשה לטיווח 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 מקרנות 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 בהזדה 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 מחבון 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 מביה 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, ותסמונת פוסט טראומטית	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
3	גידולים, מחלות ממארות 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

---



---



---



---



---

### 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 הענין, אידועו 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 גוף לרבות גוף ציבורי סגור 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 גוף 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 מוטבני 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 ברירת 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 הפקודות פנסיוניות.

אני הח"מ \_\_\_\_\_ (שם המעביד), מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ מנקשת/ת כי

ממועד \_\_\_\_\_ התשלומים בעדי לקרן הפנסיה \_\_\_\_\_ (שם הקופה הקודמת)

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

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

תאריך חתימה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

חתימת העובד: \_\_\_\_\_





## טופס הצטרפות לקרן השתלמות

טופס מספר 174

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*)

פרטי החברה המנהלת			
שם החברה המנהלת	שם קרן השתלמות	קוד קרן השתלמות	מספר החשבון של העמית בקרן
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ	מגדל השתלמות	579	

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מספר זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידועה/בציבור <input type="checkbox"/>
יישוב*	ת.ד.	רחוב*	מס' בית*	מס' דירה	מיקוד	
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון ביד	מספר טלפון קוי	מעמד			
			עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> בעל שליטה <input type="checkbox"/> עצמאי באמצעות מעסיק <input type="checkbox"/>			

פרטי המעסיק			
שם המעסיק*	כתובת המעסיק	מספר טלפון*	ח"פ / עוסק מורשה

מסלולי השקעה בקרן השתלמות			
סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0 ל- 100%)			
סמן X	קוד מסלול	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
<input type="checkbox"/>		מנהל תלוי גיל - כולל מעבר אוטומטי בין הגילאים במועד הגעה לגיל המתאים למסלול הבא	%
<input type="checkbox"/>	199	אג"ח	%
<input type="checkbox"/>	579	כללי	%
<input type="checkbox"/>	599	אג"ח עד 10% מניות	%
<input type="checkbox"/>	864	שקלי טווח קצר	%
<input type="checkbox"/>	865	אג"ח ממשלתי ישראל	%
<input type="checkbox"/>	868	ח"ל	%
<input type="checkbox"/>	869	מניות	%
<input type="checkbox"/>	2048	הלכה	%
<input type="checkbox"/>	7256	פאסיבי כללי	%
<input type="checkbox"/>	7253	לבני 50 ומטה - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו	%
<input type="checkbox"/>	7254	לבני 50 עד 60 - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו	%
<input type="checkbox"/>	470	לבני 60 ומעלה	%

מסלולי ההשקעה בקרן השתלמות נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספך המושקעים בקרן.

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול ברירת המחדל שהוא המסלול הכללי.



### דמי ניהול בקרן השתלמות

שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי): _____ %
--

### פרטי תשלום של עמית עצמאי

סכום ההפקדה	תאריך תחילת הגבייה	תדירות תשלום

### אישורים

ידוע לי כי לא חלה על חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המסרה שלשמה מבוקש המידע היא למוךך ניהול קרן ההשתלמות שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנת הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

אני מסכימה כי מסמכים והודעות מסעם החברה ישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת \_\_\_\_\_ זאת במקום באמצעות הדואר.

אני מעוניינת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מטרה החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל [mokedge@migdal.co.il](mailto:mokedge@migdal.co.il) או לכתובת ת.ד. 3778, קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106.

<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> חתימת העמית
--

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן ההשתלמות, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן ההשתלמות: [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il)

### פרטי בעל הרשיון

שם פרטי	שם משפחה	מספר בעל רשיון	מספר סוכן בחברה	שם סוכמת

### רשימת מסמכים מצורפים:

- אישור על עוסק עצמאי הרושם במע"מ
- יפוי כוח - בהתאם להוראות הממונה
- מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה
- סופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי (רשות)
- הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי (רשות)
- כתב מינוי אפוסטרופוס - (חובה ככל שאפוסטרופוס מעורב בתהליך)
- סופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה (רשות)
- סופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון (ככל שדרוש)

<div style="border: 1px solid black; width: 120px; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> תאריך חתימה	<div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> חתימת העמית
<div style="border: 1px solid black; width: 120px; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> תאריך חתימה	<div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> חתימת בעל הרשיון
<div style="border: 1px solid black; width: 120px; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> תאריך חתימה	<div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> חתימת אפוסטרופוס

10.05.2019



14701740210250517

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

עמוד 2 מתוך 10 דפים

קוד מסך: 470





## הצהרת FATCA והצהרת CRS

נדרש צירוף תצלום תעודת זהות/דרכון

א. פרטים והצהרות					
תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות		
1. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב					
האם אתה אזרח אמריקאי? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		במידה וענית "כן" על אחד מהסעיפים יש לצרף סופס פט ולרשום את מספר הדיווח הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב TIN U.S.	
תאריך	שם המצהיר	שם המצהיר	חתימת המצהיר	אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומדויק.	
2. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בנושא מס בין מדינות					
האם אתה תושב מדינה זרה? לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - אם כן, אנו מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית באמצעות של: שם פרטי, שם משפחה וכתובת					
שם מדינת התושבות	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name	רחוב ומספר בית Address (street, no.)	יישוב City /Town	מספר TIN
1.					
1.					
האם אתה משלם מס כדן במדינת התושבות? תושבות 1: לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> תושבות 2: לא <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					
תאריך	שם המצהיר	שם המצהיר	חתימת המצהיר	אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומדויק.	
הצהרה לעניין FATCA - החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני אזרח או תושב ארצות הברית או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אידיקציה שיכול ואני אזרח או תושב ארצות הברית וסירבתי למלא את הספסים השוללים את קיומה של האידיקציה לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הדיווח שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.					
תאריך	שם המצהיר	שם המצהיר	חתימת המצהיר		
הצהרה לעניין CRS - החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אידיקציה שיכול ואני תושב מדינה זרה לצרכי מס וסירבתי למלא את הספסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הדיווח שלי בהתאם להוראות ה-CRS.					
תאריך	שם המצהיר	שם המצהיר	חתימת המצהיר		
ב. הצהרת הסוכן					
אני מאשר בזאת כי בעת מילוי הבקשה, לא מסר לידי העמית אידיקציות לגבי תושבות זרה או פרטים שמחייבים מילוי סופס W8					
תאריך	שם הסוכן	שם הסוכן	חתימת הסוכן		



## הצהרת העמית לפי חוק איסור הלבנת הון (עמית עצמאי)

מדרש צירוף תצלום תעודת זהות

חוק איסור הלבנת הון - אני מצהיר בזאת, כי אני פועל עבור עצמי בלבד ואני מתחייב להודיע לחברה אם אפעל עבור אחר. ידוע לי ומוסכם עליי כי על-פי חוק איסור הלבנת הון התש"ס - 2000 חובה עליי למסור לקופה פרטי זהויו שלי ושל הקשורים לחשבון למסירת פרטיהם. אני מצהיר כי קיבלתי את הסכמתם של הקשורים לחשבון.

חתימת  
העמית★

תאריך



## איך תדאגי לחיסכון שלך? קרן ההשתלמות שלך היא אפיק החיסכון שלך לשנים הקרובות

### 1. חיסכון בקרן השתלמות

- הסכום שתצבור/שתצברי בקרן ההשתלמות ייקבע בהתאם לסכום שמופקד לחיסכון בקרן מדי חודש, הרווח ששייג הכסף שלך, ובניכוי דמי הניהול שאתה משלם/משלמת.
- בתום שש שנים מתחילת ההפקדות לקרן תוכלי להחליט אם למשוך את הכסף או להמשיך ולהפקיד לאותה קרן ולמשוך את הכסף כשתדקקי לו.
- בתום שלוש שנים מתחילת ההפקדות בקרן, תוכלי/תוכלי למשוך כסף למטרת השתלמות בהתאם להוראת הדין.

### 2. מסלולי השקעה

- החיסכון שלך מושקע במסלול השקעה לבחירתך והוא ניתן לך רוחים על החיסכון בקרן.
- אם לא בחרת במסלול השקעה כספך יושקע במסלול ברירת המחדל, אבל אתה יכולה לבחור במסלול השקעה אחר ולשנות את בחירתך לאורך כל תקופת החיסכון.

#### שים/ שימי לב!

התשואה של המסלול היא לא המאפיין היחיד אותו יש לבחון, שים/שימי לב לרמת הסיכון במסלול ההשקעה שבחרת.

### 3. דמי ניהול בקרן השתלמות

- עבור ניהול כספי החיסכון שלך תשלם/תשלמי דמי ניהול לקרן ההשתלמות.
- להלן דמי הניהול הממוצעים הנגבים מעמיתים בקרן "מגדל השתלמות".

מסך החיסכון	דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2016
0.79%	

#### שים/ שימי לב!

שיעור דמי הניהול משפיע על גובה החיסכון שיעמוד לרשותך בעת משיכת הכספים.





שם בעל הרישון הפנסיוני	מספר סוכן גמל והשתלמות	מספר סוכן ביטוח
שם המפקח	מספר פוליסה	מספר סוכן פנסיה

הסופס מיועד לשיים ולגברים כאחד  
יש למלא את הסופס בעט בלבד ולא בעפרון

## הרשאה מתמשכת לבעל רישון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מיני בעל רישון) (נספח 2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישון אחר עבור מוצרים אלו

( צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

סופס מספר **567**

לכבוד \_\_\_\_\_ (שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

### א. פרטי מייפה הכוח (הלקוח)

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מיקוד
	מספר בית	ת"ד
	מספר דירה	

### ב. פרטי מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיזפה הכוח הים התאגיד)

שם (יחיד / תאגיד)	רישון מספר
אשר הינו: (סמן את האפשרות המתאימה)	מספר טלפון
<input type="checkbox"/> יועץ פנסיוני <input type="checkbox"/> סוכן ביטוח פנסיוני	דואר אלקטרוני

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו<sup>1</sup>, לפנות בשמי לגוף המוסדי<sup>2</sup> המפורט לעיל לשם קבלת מידע<sup>3</sup> אודות מוצרים פנסיוניים<sup>4</sup> ותכנית ביטוח<sup>5</sup> הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות<sup>6</sup> להצטרפות למוצר או העברת בקשות<sup>7</sup> לביצוע פעולות בו והכל בהתאם לד"ן. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יסל שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנהלת עבורי תכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

### ג. הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים\*

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר קידוד של המוצר (רשות)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישון מטפל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את ספסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.  
\* במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לציין את ספרות המסלול. אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".  
\* אם סימנתי X בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

### 1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסויים)

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה.  
בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסויים, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.  
בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

\* חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישון קודם

### 2. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

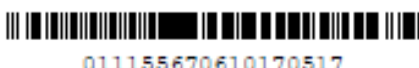
הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.

הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום \_\_\_\_\_

ולראיה באנו על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הלקוח \*  
תאריך \_\_\_\_\_ שם סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימת סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני \*

\* מי מטעמו<sup>1</sup> עובד הקטור לעבודתו של בעל הרישון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקמת בפקוח על שירותים פיננסיים ("יעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים") (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), תשע"ב - 2012.  
\* גוף מוסדי<sup>2</sup> - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.  
\* מידע אודות מוצר<sup>3</sup> - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שדרוש.  
\* מוצר<sup>4</sup> - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 31(2) לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח שאינה כלולה במוצר פנסיוני ואינה נמכרת אגב אותו מוצר כהגדרתו בסעיף 31(1) לחוק הייעוץ הפנסיוני, למעט תכנית ביטוח כאמור הכלולה במוצר ביטוח שאים מוצר פנסיוני.  
\* תכנית ביטוח<sup>5</sup> - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



011155670610170517

עמוד 6 מתוך 10 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך 885 למידע ופעולות / קוד מסמך 393 למידע  
בלבד (סימן X בסעיף ג' בפוליסה המתאימה)

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## בקשת העברה לקרן השתלמות/קופת גמל שאינה קופת ביטוח ואינה קופת גמל משלמת לקצבה (עמית עצמאי / שכיר)

טופס מספר **434**

לכבוד

שם הגוף המנהל של הקופה המעבירה	שם קופת הגמל המעבירה	מספר הקופה המעבירה
חשבוני בקופה המעבירה	חשבוני בקופה המקבלת	

הגדון: בקשה להעברת כספים מצ"ב בקשתו של העמית להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את כספי העמית. לכל מונח במסמך זה תוא המשמעות הנובעת בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

אני מבקש להעביר את

מלוא הכספים  חלק מהכספים בסך של \_\_\_\_\_ ש"ח

שנצבר לזכותי בקופת הגמל המעבירה לקופת הגמל על-פי הטבלה שלהלן (הקופה המקבלת):

מעמד בקופה המקבלת

עצמאי

שכיר

קיבוצי / שיתופי

מספר חשבון עו"ש להעברה  
10-800-299207/55

מגדל לתגמולים ולפיצויים (744)				
קופה	סמן X	שיעור ב-%	מ"ה	מסלול
	<input type="checkbox"/>	%		מנהל תלוי גיל - כולל מעבר אוטומטי בין הגילאים במועד הגעה לגיל המתאים למסלול הבא
	<input type="checkbox"/>	%	858	שקלי סווח קצר
	<input type="checkbox"/>	%	859	אג"ח ממשלתי ישראל
	<input type="checkbox"/>	%	860	צמוד מדד
	<input type="checkbox"/>	%	862	חורל
	<input type="checkbox"/>	%	863	מניות
	<input type="checkbox"/>	%	8012	אג"ח עד 10% מניות
	<input type="checkbox"/>	%	9779	לבני 55 ומטה - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו
	<input type="checkbox"/>	%	9780	לבני 50 עד 60 - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו
	<input type="checkbox"/>	%	9781	לבני 60 ומעלה - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו

מגדל השתלמות (579)				
קופה	סמן X	שיעור ב-%	מ"ה	מסלול
	<input type="checkbox"/>	%		מנהל תלוי גיל - כולל מעבר אוטומטי בין הגילאים במועד הגעה לגיל המתאים למסלול הבא
	<input type="checkbox"/>	%	199	אג"ח
	<input type="checkbox"/>	%	579	כלל
	<input type="checkbox"/>	%	599	אג"ח עד 10% מניות
	<input type="checkbox"/>	%	864	שקלי סווח קצר
	<input type="checkbox"/>	%	865	אג"ח ממשלתי ישראל
	<input type="checkbox"/>	%	868	חורל
	<input type="checkbox"/>	%	869	מניות
	<input type="checkbox"/>	%	2048	הלכה
	<input type="checkbox"/>	%	7256	פאסיבי כלל
	<input type="checkbox"/>	%	7253	לבני 55 ומטה - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו
	<input type="checkbox"/>	%	7254	לבני 50 עד 60 - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו
	<input type="checkbox"/>	%	470	לבני 60 ומעלה - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו

מגדל לתגמולים ולפיצויים

מגדל השתלמות

לידיעתך, ברירת המחדל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופה המקבלת, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבוני בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון.

פרטי העמית

מעמד בקופה המעבירה	שם פרטי	שם משפחה				מספר זהות					
		מיקוד	ת"ד	מס' דירה	מס' בית	כתובת מגורים (רחוב)					
<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> שיתופי	<input type="checkbox"/> פעיל <input type="checkbox"/> לא פעיל										



014714340710230217

עמוד 7 מתוך 10 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

**צהרות העמית**

1. אני מתן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגבי, ונדרשים לפי הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר בהתאם לסעיף 23 (ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה 2005- לאוף המנהל של הקופה המקבלת.

2. ידוע לי כי החל מהמועד הקובע תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, המבוע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.

3. אני מצהיר כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים האלה בחשבוני בקופה המעבירה ששמה מזכר לעיל: (1) לא קיים צו עיקול במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל. (2) לא קיים שעבוד שנעשה כדין במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל. (3) לא קיימת יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה. ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגבי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד העברה אחד מהתנאים האמורים תבוסל בקשת העברה ולא תבוצע העברת הכספים לקופה המקבלת.

4. לגבי עמית שכיר - פעיל בלבד - ידוע לי כי בקשתי האמורה מותנית בכך שלא יחלפו למעלה מ 120- ימים ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה לקופה המקבלת כספים אלא אם כן אודיע כי לא יופקדו בשלי כספים בתוך התקופה האמורה. כמו כן ידוע לי כי אם אודיע לגוף המנהל של הקופה המקבלת כאמור, אחשב לענין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

5. אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים לקופה המקבלת, בתוך 120 ימים ממועד חתימתי על בקשה זו, ולפיכך אחשב, בהמשך לאמור לעיל, לענין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

<input type="text"/> לגבי עמית נתון לאמסורכספים - ★ שם האמסורכספים וחתימתו	<input type="text"/> חתימת העמית ★
--	---------------------------------------

6. חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי בה אומר להתחייב בה.

לידיעתיך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול ובלבד שהכספים טרם הועברו. ביטול ייעשה על-ידי חתימה על טופס הודעת הביטול המצורף והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.

ולראיה באתי על החתום:

<input type="text"/> לגבי עמית נתון לאמסורכספים - ★ שם האמסורכספים וחתימתו	<input type="text"/> חתימת העמית ★	<input type="text"/> תאריך
--	---------------------------------------	-------------------------------





שם חברה המנהלת	תאריך קבלה בחברה
מדגל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ	05/06/2017

## הוראה לחיוב חשבון (קופות גמל / קרנות השתלמות)

לתשומת לבכם: טופס זה אינו מתאים לגבייה של הלוואות.

טופס מספר **500**

לכבוד

שם הבנק	מספר בנק	מספר סניף	כתובת הסניף (רחוב)	מספר בית	ישוב	מיקוד
מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	אסמכתא / מספר מזרה של הלקוח בחברה		
		סניף	בנק	<b>00602</b>		

הרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב ש"ח \_\_\_\_\_ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום \_\_\_\_\_

(אם ישלחו על ידי המוסב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יזווחו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)

לתשומת לבכם - אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית שאינה כוללת הגבלות

אנ"ו הח"מ (בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק):

מספר זהות / ח"פ	שם משפחה / שם חברה	שם פרטי	ישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ת"ד	מיקוד

- מתונים לכם בזה הוראה להקים בחשבונינו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבונותנו, בסכומים ובמועדים שיוצגו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוסב באמצעות קוד המוסב, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- כמו כן, יחול ההוראות הבאות:
  - עלינו לקבל מהמוסב את הפרטים הנדרשים למילו הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
  - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממנימאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
  - ארה"ב/נריה רשאים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על דילם בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב.
  - ארה"ב/נריה רשאים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שקבע בהרשאה, או את הסכומים שקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הדיני ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- הבנק אינו אחראי בכל המגע לעסקה שביננו לבין המוסב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בסלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביננו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילול על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אניאנו מסכיםים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוסב.

### פרטי ההרשאה

קופה	קוד מוסד	הצמדה	מועד החיוב בחודש
<input type="checkbox"/> מדגל השתלמות (579)	602	<input type="checkbox"/> למדד	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25 (לעצמאים בלבד)
<input type="checkbox"/> מדגל תגמולים ופיצויים (744)	602	<input type="checkbox"/> קבועה	
<input type="checkbox"/> מדגל גמל להשקעה (7930)	602		

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעלי החשבון ★

### אישור הבנק

לכבוד מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, אפעל 3 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106.

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונותנו בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת; כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לבישוען; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעלי החשבון או כל עוד לא הוצאו בעלי החשבון מן ההסדר.

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	אסמכתא / מס' מזרה של הלקוח בחברה
		סניף	בנק	<b>00602</b>

בכבוד רב,

תאריך \_\_\_\_\_ שם בנק וסניף \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת הסניף ★

מקור טופס זה, על שני חלקיו, ישלח לסניף הבנק. העתק הימני, ימסר למשלם.

מדגל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מספר: 1006

עמוד 9 מתוך 10 דפים

0110065000910110517





## הוראה למינוי מוטבים (קופת גמל / קרן השתלמות)

טופס מספר **425**

חובה למלא את הטעמים המסומנים בסוכבית (\*)

### א. פרטי החברה המנהלת

שם החברה המנהלת	שם קרן ההשתלמות/קופת גמל*	קוד קרן ההשתלמות/קופת גמל	מספר החשבון של העמית בקרן/קופה

### ב. פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מספר זהות / דרכון*	תאריך לידה	מין*	מצב משפחתי
					נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> משוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידועה בניבור

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקרן לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון הקרן:

שם פרטי*	שם משפחה*	תאריך לידה	מס' זהות/דרכון*	כתבת	קרבת משפחה	חלק ב-%*

סה"כ:

\*ככל שלא ימלא החלק של המוטב באחוזים, בעת פטירה יחולקו הסכומים והתגמולים באופן שווה בין המוטבים.

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים והתגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

- לשאר המוטבים בחלקים שווים  
 לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם  
 ליורשי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)  
 אחר:

הערה: בהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

### 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 קרן ההשתלמות שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגר מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.  
 אני מסכים/ה כי מסכים והודעות מטעם החברה ישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתבת \_\_\_\_\_ חזת במקום באמצעות הדואר.  
 אני מעוניין/נת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מטיה החברה.  
 ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתבת דוא"ל [mokedge@migdal.co.il](mailto:mokedge@migdal.co.il) או לכתבת ת.ד. 3778, קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951108.

חתימת העמית

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן ההשתלמות, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן ההשתלמות: [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il)

פרטי בעל רישיון (לא נדרש בהצטרפות מקוונת)

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכמת

הצהרת בעל רישיון

אני \_\_\_\_\_ שפרטי לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ולא מולאה לבקשת העמית לאחר שהעמית זוהה על ידי.

חתימת בעל רישיון ★ \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ



014784251010040617

עמוד 10 מתוך 10 דפים

קוד מסמך: 478





# הצעה לביטוח - מגדל קשת לפרט

## להפקדות שוטפות וחד פעמיות (ללא כיוויים ביטוחיים) תכנית ביטוח שאינה מוכרת כקופת גמל

טופס מספר **211**

מבנה בזאת כי כל המונחים בהצעה להלן יפורשו כהגדרתם בתנאים הכלליים של הפוליסה.

שם הסוכן	מספר רישיון הסוכן
שם המפקח	מספר הסוכן
מספר פוליסה	

המועמד המבקש להתחלת הביטוח\*

01/

\* מעור תחילת הסוכן יקבע לפי המאמץ מבין הארץ החליטה על ההצעה או הארץ הסוכן הרשום לשי, הפוליסה תכנס לתוקף החל מחודש הקבלה בדרך פורסי הפוליסה כחוקר התחלת הביטוח.

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

### א. פרטי המועמד לביטוח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני	אני מבקש לקבל הודעות ומסמכים מטעם החברה (לרבות דוח שנתי מקוצר, דף פרטי ביטוח, תנאי הפוליסה ונילווי נאמן) באחד האמצעים שלהלן:			
		<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> הדואר טקסט (מסרון) <input type="checkbox"/> דואר			

1. שאלות לעניין איסור הלבנת הון - יש לסימן רק אחת מהאפשרויות להלן. יש למלא טופס "הכר את הלקוח" מספר 2781

אני מצהיר כי אני פועל בשביל עצמי וזי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה וזולת בעל הפוליסה (המבטוח למעט זכויותיהם של הפנסבים למקרי חיים והפנסבים למקרי מוות בפוליסה)

אני מצהיר כי יש נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה (במקרה קיים נהנה יש למלא טופס הצהרת פועל עבור עצמי מספר טופס 2624)

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

אני מצהיר בזה כי ידוע לי כי מסירת מידע כזה, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

תאריך

חתימת המצהיר

### 2. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונת המס בארה"ב

האם אתה תושב אמריקאי לצורכי מס? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	האם אתה אזרח אמריקאי? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	האם אתה נשוי אמריקאי לצורכי מס? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	האם אתה אזרח אמריקאי? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן
אני מצהיר בזאת כי מייטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומדויק.	תאריך <input type="text"/>	שם המצהיר <input type="text"/>	חתימת המצהיר <input type="text"/>

### 3. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בקשר מס בין מדינות

האם אתה תושב מדינה זרה?  לא  כן, אם כן, נא מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית בעמודות של: שם פרטי ומשפחה וכתובת

מדינת התושבות	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name	יישוב City / Town	רחוב מספרי בית Address (street, no.)	מספר TIN
1.					
2.					

האם אתה משלם מס כדון במדינת התושבות? תשובות 1:  לא  כן; תשובות 2:  לא  כן

אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומדויק.

תאריך

שם המצהיר

חתימת המצהיר

היה והמבטוח הוא בעל הפוליסה והוא קטין או פסול דין - תידרש הסכמת נציגו כמשמעותו בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות התשכ"ב - 1961 אם האפוטרופוס פועל בשם המבטוח, יש לצרף בנוסף טופס הצהרת פועל עבור עצמי על האפוטרופוס מספר טופס 2625, אם המבטוח הינו קטין מעל גיל 16, ועד גיל 18, יש לצרף בקסף צילום ת.ז של המבטוח

פרטי הנציג:	מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
			מיקוד	מספר טלפון
				מספר טלפון נייד

(מהדורה 04.2021)



**ב. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה - חובה למלא רק אם בעל הפוליסה צען המבוטח.**

מספר זיהוי / ח"פ / ח"צ	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה / התאגדות	מין	מספר טלפון
500701644	אוניברסיטת בן גוריון			<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
מספר טלפון נייד	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד

**1 שאלות לעניין איסור הלבנת הון - יש לסמן רק אחת מהאפשרויות להלן - לבעל פוליסה יחיד ולא תאגיד**

אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגולמות בפוליסה זולת בעל הפוליסה המבוטח למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה

יש נהנה בזכויות הגולמות בפוליסה (במקרה קיימים נהנה או יש למלא טופס הצהרת סעל עבור עצמי)

אם מתייבב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתם לעיל, יודע לך כי מסירת מידע כזה, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7(ג) של חוק הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

תאריך

חתימת המצהיר

**שאלות לעניין איסור הלבנת הון לתאגיד**

האם בעל הפוליסה האן תאגיד?  כ  לא

במידה ובעל הפוליסה תאגיד, יש לצרף:

- טופס הצהרה "פועל עבור עצמי", מספר טופס 2625.
- טופס W8.
- טופס הצהרה עצמית של תאגיד, מספר טופס 779.

\* ניתן למצוא את הטפסים באתר האלטרנט של החברה

**2. שאלות לעניין FATCA לצורך דיווח לשלטונות המס בארה"ב**

האם אתה חושב אמריקאי לצורכי מס?  לא  כ

האם אתה אזרח אמריקאי?  לא  כ

במידה לעית "כן" על אחד מהשאלות יש לצרף טופס W9 ולרשום את מספר היחיד האמריקאי שלך לצורכי מס בארה"ב TIN U.S.

אם מצהיר בזאת כי ליטוב ידעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומדויק.

תאריך

שם המצהיר

חתימת המצהיר

**3. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בקשר מס בין מדינות**

האם אתה תושב מדינה זרה?  לא  כ - אם כן, נא מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית בעמודות של: שם פרטי ומשפחה (כתובות)

מדינת תושבות	שם פרטי First Name	שם משפחה Last Name	עיר / Town City	רחוב מספר בית Address (street, no.)	מספר TIN
1.					
2.					

האם אתה משלם מס כדין במדינת התושבות?  תושבות 1:  כ  לא  תושבות 2:  כ  לא  לא

אם מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומדויק.

תאריך

שם המצהיר

חתימת המצהיר

**כאשר בעל פוליסה הינו חברה, תאגיד או חבר בני אדם יש לחתום גם על הצהרה זו.**

הינן להצהיר בזאת כי ידוע לך ש -  
א. משיכת ערך הפדיון על ידי בעל הפוליסה, תאגיד או חבר בני אדם, תהיה אך ורק באחת מההסכמות הבאות:

- עבור תשלום למבטח בלבד על-פי הסכם עבודה בין המבוטח לבעל הפוליסה, במקרה כזה יוצרף לבקשה טופס 161 "הודעת מעביד על פרישה של עובד" או כל טופס אחר שיבוא במקומו, גם מצוין הסכום לתשלום שהיה סכום המשיכה.
- קיים פסק דין של בית הדין לענייני עבודה או ערכאה שיפוטית הקובע כי יש להעביר את הכספים הצבורים בפוליסה לבעל הפוליסה, במקרה זה יצוין הסכום המועבר.
- משיכת ערך הפדיון יהיה לצורכי העברה לפוליסת חיסכון אחרת בעבור המבוטח, במקרה כזה תוצרף לבקשה הסכמת המבוטח בחתימתו.

ב. בעל פוליסה, תאגיד או חבר בני אדם לא יוכל לקבל הלוואה מהפוליסה.

תאריך

חתימת המשלם

**ג. זיקה בין המשלם למבוטח / בעל הפוליסה**

במקרה והמשלם שונה מהמבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף צילום ת.ז ומלא הצהרת משלם או טופס מספר 58. ניתן למצוא את הטופס באתר החברה. רשום את מנותן הקשר בין המשלם למבוטח / בעל הפוליסה: (בכל מקרה בו הסמן הוא עד לזיקה יש למלא שאלון נפרד)

הצהרת המשלם: אני הח"מ, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיף ב' הפרטים אודות אופן תשלום הפרמיה והגבייה לעל כך שהתשלום הנ"ל יבוצע עבור המבוטח ולי כל החזר של פרמיה וכן כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מקום הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודות בעל הפוליסה / המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

תאריך

שם פרטי המשלם

חתימת המשלם

### ד. תקופת הביטוח, דמי הביטוח ואופן ההפקדה

		דמי הביטוח - נקודת נאמון התשלום	תום תקופת הביטוח
		לתשקמת לבכם: ורואה לחיוב חשבון, אשר מוגבלת במהנדן או בתקרת סכום, אינה מתאימה למצוי ביטוח/פנסיה/גמל חלק חברתנו מאפשרת לקבל תרואת בעלות הרשאה כללית בלבד.	<input type="checkbox"/> תקופת הביטוח _____ שנים
<input type="checkbox"/> חודשי	<input type="checkbox"/> תרואת קבע		<input checked="" type="checkbox"/> הביטוח עד גיל 70 (הגיל כהגדרתו בתנאי הפוליסה)
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי	<input type="checkbox"/> העברה בנקאית		* תום הביטוח יהיה לא לפי גיל 60
דמי סיוע מצבירה	<input type="checkbox"/> חד-פעמית סכום בש"ח	0.7	<input checked="" type="checkbox"/> שוטפת התחלתית* סכום בש"ח _____ ההפקדות השוטפות צמודות למדד המחירים לצרכן

### ה. מסלולי השקעה

מסלולי השקעה לפוליסת מגדל קשת לפרט					
קוד	שם מסלול ההשקעה	סמן	קוד	שם מסלול ההשקעה	סמן
397	מגדל מסלול חו"ל	<input type="checkbox"/>	230	מגדל מסלול השקעה כליל	<input checked="" type="checkbox"/>
248	מגדל מסלול מניות	<input type="checkbox"/>	231	מגדל מסלול אג"ח ממשלת ישראל	<input type="checkbox"/>
270	מגדל מסלול הלכה	<input type="checkbox"/>	243	מגדל מסלול אג"ח עד 10% מניות	<input type="checkbox"/>
246	מגדל מסלול אג"ח עד 25% מניות	<input type="checkbox"/>	387	מגדל מסלול אג"ח	<input type="checkbox"/>
337	מגדל מסלול מחקק מדד S&P 500	<input type="checkbox"/>	367	מגדל מסלול שקלי טווח קצר	<input type="checkbox"/>

החברה הוגינה מספר מסלולי השקעה לגבי התכולה, ומקבע תנאים למסלולי השקעות האמורים לרבות תנאים מיוחדים, הגבלות והשלמות לשינוי המסלול. בהעדר סימון, חושק ההפקדה לחסכון במסלול השקעה כליל (מסלול בירת המחול). מסלול מסווג לפי שיקול דעת החברה בכפוף לתנאים נקבעו בהסדר התדקת. להלן בחירתך:

### ו. מינוי מוטבי'ם בחי המבוטח בתום תקופת הביטוח - המבוטח. במות המבוטח טרם תום תקופת הביטוח - כפי שפורט להלן:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למבוטח	החלק היחסי בתגמולי הביטוח
					%
					%

באם בעל הפוליסה הינו תאגיד או חבר בני אדם לא ניתן למנות כמוטב או מטוב בלתי חוזר בפוליסה.

### ז. גילוי נאות

אתה עומד לרוקש את הפוליסה 'מגדל קשת לפרט' ב'מגדל חברה לביטוח בע"מ', טל': 03-9201010, בעל הפוליסה הוא \_\_\_\_\_, הפוליסה אינה מאפשרת כקופת גמל ומיועדת לפרט, בהיערך לגיל \_\_\_\_\_ יפוג תקף הפוליסה ותמשוך את הכספים שנצברו לזכויות סכום חד-פעמי. סה"כ ההפקדה החד פעמית לחסכון \_\_\_\_\_ ש"ח, סה"כ ההפקדה החודשית לחסכון \_\_\_\_\_ ש"ח. הסכום החד פעמי לגיל \_\_\_\_\_ בריבית של 4% (הריבית אינה מוטבת) בנימי דמי ניהול בשיעור \_\_\_\_\_ % יהיה \_\_\_\_\_ ש"ח.

בפוליסה קיימת אפשרות להחלי את הסכום החד פעמי לקצבה חודשית.

החל משנת 2013 הבטחת מקדמי הקצבה מפני שינויים בתוחלת החיים תתאפשר רק למבוטחים שגילם 60 ומעלה במועד ההצטרפות, בכפוף להסכמת החברה לתרואת ההסדר התדקתי. הבטחת המקדמים סאמור, למבוטח חסאי לך, תצוין בדף פרטי הביטוח ותהיה עלי-תנאי נספח מקדמי החלוקה לקצבה אשר יצויף לפוליסה.

לייעתך, מחובר בהמחשה בלבד ולכן רוחלי ההשקעה והתמורה אינם מובטחים וקיימת אפשרות לתשלום שלילית. ייתכן והתוצאות בפועל תהיינה טובות או גרועות יותר מהמוצג בהמחשה. למבטחת: זכורך, בתוך 60 ימים מקבלת פוליסת החיסכון החדשה, בתנאי שלא קרה מקרה הביטוח, לבטלה ואתה זכאי לחזור של כל ההפקדות השוטפות ששלמת, צמודות לתשלומי בגן מסלולי ההשקעה כפי שנקבע בפוליסה, בנימו דמי ניהול מהחיסכון המצטבר.

תאריך  
 חתימת הסוכן  
 חתימת המועמד לביטוח

## ח. הצהרות בעל הפוליסה, המועמד לביטוח (המבוטח) והנציג

אם החתומים מטה מבקשים לערוך למבוטח ביטוח בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח שנבחרה בהצעה זו והננו מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

הצהרה בקשר להסכמה להיות מבוטח: אני המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, תחום את הסכמתם להיות מבוטחים בהתאם לקובע בהצעה זו. בחתימתם על הצעה זו מסמלים בעל הפוליסה והמועמד לביטוח לתנאי פוליסת הביטוח ככל שהם תועלים אליהם.

הצהרה בקשר לשליטה בכספים שהוקדשו ואישור העברת מידע: המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, מאשרים כי יודעו להם שבהתאם לתנאי הפוליסה מוקדש לבעל הפוליסה זכות לרבות הזכות לתקוף על השקעת כספי החיסכון, הזכות לקביעת מסגרים, הזכות לקבל תודעת דיווחים, הזכות לשקוף את דמי הביטוח והכספים הביטוחיים וצ"ל זכויות, הכל כקובע בתנאי הפוליסה והם מסמלים לכך. כמו כן מאשרים המועמד לביטוח והנציג, לפי העניין, כי החברה תמסור לבעל הפוליסה את כל המידע והנתונים בקשר עם דמי הביטוח לרבות החיסכון המצטבר.

הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה: בחתימתם על ההצעה מתחייב בעל הפוליסה לשלם את דמי הביטוח ולהעבירם לחברה במועדים כקובע בתנאי הפוליסה, בכל מקרה שבעל הפוליסה היגן תאגיד משפטי מאשר בעל הפוליסה כי החתומים מטה מסמלים לחתום בשמו כי חתימתם על טופס ההצעה מחייבת אותן לכל דבר ועניין.

הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה: כל התשלומים הפרטים המידע האחר שנמסר במסגרת הצעה זו ולא במסגרת הצהרת הבריאות ("המידע") הינם נכונים ומלאים. המידע כאמור הינו מותני למבטח ונמצא משמש ביסס לחוזה הביטוח בדמי הביטוח ובתנאי כספי כפי שהוצעו, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לי כי אי מסירת תשובות מלאות וכמות עקלה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח, אני מתחייב להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באופן המהמירע שנמסר וזאת מיד עם היוודע לי על דבר השינוי.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות: אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה לכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתו, ישמר במאגרי המידע של החברה כן באפסיל במליות מגדל אחזקות ביטוח הפלנטים בע"מ Ltd מי מטעמי, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, הפעול והירות של פוליסות/תכניות/מצרפים על שמי, פילוח לעובדי סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים מספיים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לטוב הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לוגיסטיים מספיים כמתחייב בדין (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד, מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עוקר באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה).

העברת מידע בקווי תקשורת: אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התכנית ולא אחרת באמצעות הסלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חלופי, למרות שאין בהם זהו פירוש של הקלטה ("קווי תקשורת") כי לא לכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת או מודע לכך כי במקרה זה יתכנס תקלות, טעויות, עלולים, השמטות וכי אפשרות של חשיפת פרטים המהווים פגיעה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נקטת וכל עוד החברה נקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור, החברה לא תנא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת, או מאשר ומסכים שהחברה תנא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

הצהרה בדבר מרפיה התכנית והתאמתם למועמד לביטוח: החברה מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידי מעט לעת, לרבות התכנית שלפני הצעה זו, מפוטרות באחר האינטרנט של החברה, מרפיה התכנית הנרכשת לרבות הכספים הביטוחיים, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכמי ביטוח גבוהות אחרות יעקריים, כי אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים הובאו ליודעתי. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם / אי קיומם של תקופת המתנה (אין תקופת אכשורה) (אין חחרות ליסו הביטוחי) (אין השתתפות עצמית, קובה ההגנות) (במידה ישנה) והתנאים לביטוח, וידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה, כמו כן ידוע לי, כי קיימת בחברה תכנית ביטוח נוספת מסוגים שונים, הנבדלות מהתכנית הנרכשת בהרכב הליסו הביטוחי, בעלתם להיקפס, ואני מאשר, כי נמסר לי תשלומי התאמת הצרלים לכלול זה ההבדלים בין הפוליסות שהוצע לי לרבות פרמיית הביטוח, תנאי הפוליסה והשיחת של החברה או כל סיבה אחרת שבשלה המוצג לי להצטרף לתכנית/תמסורת נוסף ישמר תנאי הכסו או השירות או כל סיבה אחרת שבשלה המוצג לי לעבור פוליסה, וכי התכנית אליה אני מבקש להתקבל, נבחרה לאחר שצמצמתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעט לעת מציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לדבר ולברר בכל עת בעתיד את המוצר הנרכש ביחס לאותן קיימים בעתיד כי הדמים השונים החלים על התכנית נשא ההצעה עשויים להשתנות.

הצהרה בדבר קבלת יעני השקעות: אם החתומים מצהירים בה כי ידוע להם שלפי חוק הסדרת העיסוק ביישן, רשאים ליישן בתחום ההשקעות רק יועצי השקעות מסמם הרשות לניירות ערך, הבהיר להם, כי סוג הביטוח אינו מסמך לתת להם ייעוץ השקעות, ואם מאשרים כי לא יקבלם מסמך כל ייעוץ כאמור, כי אם מאשרים כי יימנה להם האפשרות להתייעץ עם יועץ השקעות מסממם, בדבר סוג ההשקעות ונדאיותן.

חתימת הצהרה לעניין מסג: אני הח"מ נציג המועמד לביטוח מצהיר בזאת, כי הניו הנציג על-פי דין של המועמד לביטוח וכי אני מסמך לחתום בשמו כי חתימתם על טופס הצעה זה מחייבת אותן לכל דבר ועניין בכל מקום בטופס זה כי אמר המועמד לביטוח לרבות נציג המועמד לביטוח.

הצהרה לעניין FATCA - החברה הודיעה לי כי אם (1) אצהיר כי אני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס או (2) אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדקציה שיכול אני אזרח או תושב ארצות הברית לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תחיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפירסי היהיה שלי בהתאם לחוקרות ה-FATCA.

הצהרה לעניין CRS - החברה הודיעה לי כי אם 1, אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או 2, אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדקציה שיכול אני תושב מדינה זרה לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תחיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפירסי היהיה שלי בהתאם לחוקרות ה-CRS.

איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי: לחלשתם ליכך, רשות שלק הנון ביטוח לחיסכון במשד האוצר הקמה אתר אינטרנט מאובטח שאפשר לך לראות במרוכז את מצוי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם, במידה ואיך מועינים שנעביר את הנתונים, עלך יעוצ קשר עם חברתם. למחותר, תוכל למלא בקשה להסרת פרטיך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il)

ליודעתי, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מצוי הביטוח ואת מוצרי הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת המועמד לביטוח	חתימת בעל הפוליסה	נציג המועמד לביטוח
-------	---------------------	-------------------	--------------------

## ט. הסכמה לפניות שיווקיות - (רשות)

אני מסכים/  לא מסכים כי המידע ישמש את החברה (אין חברות מקבוצת מגדל) (אין קיום מסממם), לצורך שיווק דיוור ישיר אותן סוים ביטוחיים ומוצרים (אין שירותים פלנטיים, פלנטיים ואחרים) לפניה בהצעה לרכישתם, וזאת בין אחר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוג אולטמטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שכל עת אנו לוחצי בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוג הביטוח או באתר מגדל או פניה למקד קשר הלקוחות של החברה בטלפון 03-8201010 או דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il).

תאריך	חתימת המבוטח/בעל הפוליסה
-------	--------------------------

## י. הצהרת הסוכן

היחסי מצהיר בזאת, כי שאלויה את המועמד לביטוח לבעל הפוליסה בין היתר את כל השאלות המסוימות למעלה וקבלויה מהם את כל הפרטים, המידע והמסמלים הדרושים ובין היתר את הפרטים המפורטים בטופס זה על צחושותי וכי מסרתי להם את כל המסמכים הנדרשים כקובע בהסדר התייקתי וכי מסמך זה נחתם לפני. כמו כן, אני מאשר בזאת כי בדקתי את העדות הזוהית של המועמד לביטוח, ונב נציג המועמד לביטוח, ובעל הפוליסה והשוויח את הפרטים הממייים בתועדת הזוהית לפרטים המסוימלים מעלה ומצאתי כי הם זהים.

אני מאשר בזאת כי בעת מילוי ההצעה / הבקשה, לא מסר לידי המועמד לביטוח / בעל הפוליסה אינדקציות או פרטים שמחייבים מילוי טופס אינדקציות או טופס W8.

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן
-------	----------	-------------





מספר פוליסה	תאריך מילוי הטופס

הטופס מיועד לנשים גברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## טופס הכר את הלקוח

טופס מספר **2781**

### 1. פרטי מבוסח / עמית

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון	מדינת דרכון

### 2. בירור לעניין תושב חוץ / איש ציבורי

2.1 האם אתה "תושב חוץ"?  כן  לא

2.2 אם עמית כ-2.1, מהי זיקתך לישראל?

2,3 שם המדינה \_\_\_\_\_

2.4 האם אתה או כ משפחתך או שתף עסקיך שלך מסין או סין בעבר בתפקיד ציבורי בקיבוץ) בארץ או מחוץ לארץ כ-5 שנים האחרונות?  כן  לא  
אם סמך כ- אנו מלא נספח מספר 1 "איש ציבור".

### 3. קיומו של נהנה בחשבון

3.1 האם הכספים בחשבון מחזיקים בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות?  כן  לא

3.2 האם המבוסח או העמית מבצע את הפעילות בעבור אדם אחר שאינו מקבל השירות?  כן  לא

3.3 האם אדם אחר שאינו מקבל השירות מכונן את הפעילות בחשבון?  כן  לא

3.4 האם הנהנה איש ציבורי?  כן  לא

אם סמך כ-3.3-3.1, אנו מלא נספח 1 "איש ציבור" ביחס לנהנה ופרטי נהנה בסופו פעול בעבור עמית.

3.5 אם סמך כ-3.3-3.1, האם מקבל השירות או הנהנה הינו תושב חוץ?  כן  לא

3.6 אם עמית כ-3.5, מהי זיקתך? \_\_\_\_\_

3,7 שם המדינה \_\_\_\_\_

### 4. זיקת הלקוח לגורם אחר

4.1 האם קיים מיזם כח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח חיים?  כן  לא

4.2 אם סמך כ-4.1, אנו סמך את הזיקה בינך לבין מיזם הכח:

כן משפחתך) \_\_\_\_\_  שותף עסקי  עובד או מעביד  אחר \_\_\_\_\_

4.3 האם מחלכנות הפקחות מצד גורם אחר בחשבון או בחוזה ביטוח חיים?  כן  לא

4.4 אם סמך כ-4.3, אנו סמך את הזיקה בינך לבין אותו גורם:

כן משפחתך) \_\_\_\_\_  שותף עסקי  מעביד  אחר \_\_\_\_\_

שם הגורם המפקיד (יש למלא רק אם הגורם המפקיד אינו בעל פוליסה או מבוסח או עמית):

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ג. / ת.פ. \_\_\_\_\_ (יש לצרף צילום ת.ג.)

### 5. פרטים על משלח יד / מקצוע ועיסוק - מצב תעסוקתי

5.1  שפיר  שם המעסיק \_\_\_\_\_

5.2  עצמאי  שכיר בעל שליטה  סמך אם הורג עצמאי או שכיר בעל שליטה למלא את הנתונים שלהלן:

שם העסק \_\_\_\_\_ מען העסק \_\_\_\_\_ מחזור הכנסות שנתי \_\_\_\_\_

5.3  שכיר ועצמאי במידה וזיכך שכיר ועצמאי, יש לענות על שאלה 5.1 ו-5.2

החכם העסק:

יחלומים ואנכי חן  סחר בנשק  נדל"ן  עסק שאינו למטרות רווח  סחר במתנות יקרות  סחר במטבעות וירטואליים  בלדורות

חנות שירות אחראי או מחן שירות בנסך פלנטי  עסק בו עיקר הפעילות במסחר  ביצוע העבחות כספים מישראל אל מדינות זרות או להיפך  הימורים

עסק שאינו למטרות רווח:  עמותה  גמ"ח  מלכ"ר

אחר \_\_\_\_\_

אם אינך שפיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - סמך סך:

חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי  סטודנט  קסין  לא עובד  חבר קלפץ  אברך / תלמידי ישיבה

גמלאי - עיסוק טרם פרישה \_\_\_\_\_ אחר \_\_\_\_\_

## 6. מטרת ההתקשרות, מקור הכספים ופעילות מתוכננת

6.1 מטרת פתיחת החשבון או חזרה ביטוח החיים:

חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים)  חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים)  חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים)  חיסכון לגיל פרישה

6.2 מקור הכספים המוקדמים:

משלורת / קצבה  תקבולים / הכנסות מעסק  הסכמות שנצברו  תקבולים מפעילות נילוח ערך בשוק ההון  מלירת עסק

הלוואה  יתשה  פטויי פטורין / פרישה  זכיה  מפירת נכס  העברת כספים מקופת גמל אחרת  השכרת נכס

מתנה - שם מתן המתנה \_\_\_\_\_ זיקה למתן המתנה \_\_\_\_\_

כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה - סוג העסק \_\_\_\_\_ שם המדינה \_\_\_\_\_

תרומה  אחר \_\_\_\_\_

6.3 סכום הפקדות שנתיים צפויות (ש)

6.4 תדירות הפקדות צפויות:  חד פעמי  חודשי  רבעוני  חצי שנתי  שנתי  אחר \_\_\_\_\_

6.5 אופן הפקדת הכספים בחשבון:  המחאה  הוראת קבע / אשראי  העברה בנקאית

6.6 האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חזרה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה?  כ  לא  אם סכום כ-6.5 - שם מדינה \_\_\_\_\_

6.7 האם יזעזע לך בשלב זה על משיכת צפויות בחשבון בשנה הקרובה?  כ  לא

## 7. הצהרות

7.1 האם בעבר גיף מסוי סירב להעניק לך שיתופים מסוגים הקשורים באיסור הלבנת הון או מימון סחור?  כ  לא

	שם פרטי ומשפחה		תאריך
* חתימת המבוטח			

7.2 הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמשרת/י במסמך זה מלא ומדויק, ואני מתחייבת/ל לחזור על כל שינוי בהצהרתי זו.

	שם פרטי ומשפחה		תאריך
* חתימת המבוטח			

(1) "איש יזבור" = בעל תפקיד יזבורי בכיר, בעבר או בהווה, אשר מונה לתפקיד מטעם מדינת ישראל או מדינה אחרת, ובין אם כיוקמתו בתפקיד בישראל או במדינה מחוץ לישראל;

(2) "בן משפחה" = בן זוג וכן את, הורה, הורה הורה, צאצא או צאצא של בן הזוג, או בן זוגו של כל אחד מאלה.

(3) "שפתן עסקי" = בעל שליטה משותפת בתאגיד או בעל קשרים עסקיים.

(4) "תפקיד יזבורי בכיר" = לרבות ראש מדינה, משל מדינה, ראש עיר, שלטון, חבר מפלגה בכיר, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושא משרה בכיר בחברה ממשלתית, בעל תפקיד קבוע בארגון בין-לאומי או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

(5) יזבור כי אין בסעיף האמור לפסול את בעל הפוליסה, המבוטח או העמית, לפי הענין, מהצהרה על נהגה לפי הוראות סעיף 5(א) לאיסור הלבנת הון.



## נספח 2 - שאלות נוספות

אין למלא חלק זה, אלא אם כן נדרש מפרשות בהתאם להנחיות הגוף המוסדי

תאריך מילוי: \_\_\_\_\_

### 1. פרטי מבוטח / עמית

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון

### 2. מקור כספי השקעות ומקור ההכנסה

2.1 מה מקורות ההכנסה שלך (אפשר לסמן יותר ממקור אחד):

<input type="checkbox"/> שכר עבודה	<input type="checkbox"/> דיבידנד	<input type="checkbox"/> תגמולים מעסק	<input type="checkbox"/> רכיבת מחסות
<input type="checkbox"/> פנסיה	<input type="checkbox"/> תגמולים ממקורות אחרים	<input type="checkbox"/> ביטוח לאומי / תגמולי ביטוח	<input type="checkbox"/> השקעות
<input type="checkbox"/> שכ"ר / נדל"ן מלב	<input type="checkbox"/> אחר		

2.2 גובה ההכנסה בר"ש:

<input type="checkbox"/> עד 10,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> בין 10,000 ל-15,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> בין 15,000 ל-30,000 ש"ח	<input type="checkbox"/> מעל 30,000 ש"ח
--	--	--	---

יתכן כי בפירוט ימצא צורך בהתאם לתיקול סיכומי הלבנת הון תדרש להמציא אסמכתאות נוספות.

הריף מאשר את נכונות הפרטים שמסרת לי על.

תאריך

שם פרטי  
[משפחה]

חתימת  
המבוטח ★