



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. בקשת העסקה חתומה על-ידי הממונה ורמ"ן הפקולטה.
2. קורות חיים
3. צילום תעודת זהות עם ספח פתוח.
4. צילום תעודת עולה (במידה ועלית לארץ ב- 5 שנים האחרונות).
5. תעודות המעידות על השכלתך.
6. 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

* שי חגים

* הצהרת סודיות

* טופס הצטרפות לקרן פנסיה

* טופס הצטרפות לקרן השתלמות (**במידה** והינך זכאי/ת במסגרת עבודתך לקרן השתלמות)

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 8:30-12:00

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

[קישור לנוהל למניעת הטרדה מינית](#)

חוקר ממונה/מחלקה המעוניינים להעסיק עובד על חשבון תקציבי מחקר יפנו לאגף משאבי אנוש

מעמד העובדים

העובדים הינם עובדים ארעיים המועסקים על פי חוזים מיוחדים. הם אינם זכאים לקבלת קביעות באוניברסיטה. ההסכם הקיבוצי של הסגל המנהלי לא יחולו עליהם

תנאי העסקה

תנאי העסקתו של העובד יפורטו בחוזה העסקתו. החוזה כולל סעיפים כגון: שכר, היקף משרה, ימי מחלה, וזכויות נוספות.

חופשה שנתית

עובד בחוזה אישי כולל זכאי לחופשה שנתית בשכר על פי הפירוט הבא של ותק עבודתם באוניברסיטה:

ותק (בשנים)	מס' ימי חופשה שנתיים
עד 3.9	14
4 עד 4.9	16
5 עד 5.9	18
6 עד 6.9	21
7 ומעלה	22

סיום העסקה

תום חוזה

הפסקת עבודה של עובד נכנסת לתוקפה בתאריך הסיום הנקוב בחוזה ההעסקה, במידה ולא התקבלה בקשה להארכת חוזה.

אף על פי כן, במידה והממונה אינו מעוניין להאריך את חוזה ההעסקה, עליו לשלוח למדור סגל מנהלי וטכני מכתב המצייין את תאריך הסיום, את סיבת ההפסקה ופרוטוקול השימוע שנערך לעובד.

במידה והממונה מעוניין להאריך את החוזה, אך העובד אינו מעוניין בכך, ישלח העובד מכתב המצייין זאת. ממונה שהחליט לא להאריך חוזה או לסיים אותו באמצע, מחוייב בביצוע שימוע לעובד.

-לפרטים בנושא שימוע, יש לפנות למדור סגל מנהלי וטכני.

הפסקת העסקה באמצע החוזה

ממונה/ קרן מממנת/ ממ"ח משאבי אנוש/ סמנכ"ל אגף משאבי אנוש, או כל מי שהוסמך על ידו, רשאי להפסיק את שירותו של העובד בכל עת ע"י מתן הודעה עפ"י חוק הודעה מוקדמת, או להפסיק את העבודה של העובד לאלתר ואז יהיה זכאי העובד לתשלום משכורת כנגד דמי הודעה מוקדמת כמפורט:

עובד שעבד עד 6 חודשים – הודעה של יום לכל חודש עבודה בפועל.

עובד שעבד מ 6 חודשים ועד שנה – הודעה של 2.5 ימים לכל חודש עבודה בפועל, עד מקסימום 3 שבועות.

עובד שעבד שנה ומעלה תינתן לו הודעה מוקדמת של חודש.

כמפורט בחוזה העסקה, ובלבד שאינו גורע מהסעיפים הנ"ל.

באם ממונה מעוניין להפסיק העסקת עובד באמצע חוזה, עליו להודיע זאת בכתב למדור סגל מנהלי וטכני, תוך ציון

תאריך הסיום המבוקש, הסיבות לכך ופרוטוקול השימוע שנערך.

תהליך ההפסקה

התקבלה במדור מנהלי וטכני הודעה על הפסקת עבודה, המתאמת תוציא מכתב הפסקת עבודה רשמי, תעודת שרות, טופס טיולים, ומכתבי שחרור לקרנות במידה ויש כאלו, והעובד זכאי להן. העתק ממכתב הסיום יועבר לחוקר הממונה.

באחריות מדור סגל מנהלי וטכני לבדוק זכאות לפיצויים. במידה והעובד זכאי להם ע"פ חוק פיצויי פיטורין תשכ"ג-1963, ישולמו לו פיצויי פיטורין בשיעור שיגיע לו ע"פ החוק הנ"ל.

פיצויי הפיטורין ישולמו מהסעיף שאליו הופרשו מדי חודש בחודשו בתקופת העסקת העובד. אחריות ההודעה על הפסקת עבודה הינה של הממונה. כל תשלום על הלנת פיצויי פיטורין בעקבות עיכוב בהודעה יחול על חשבון הסעיפים התקציבים של הממונה.



כרטיס עובד⁽¹⁾

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽²⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.
(ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף)

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
----	-------	------------	------------------

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית				
מספר טלפון		מספר טלפון		
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	קידומת
מין	מצב משפחתי	רווק/ה <input type="checkbox"/>	נשוי/אה <input type="checkbox"/>	תושב ישראל <input type="checkbox"/>
זכר <input type="checkbox"/>	נקבה <input type="checkbox"/>	אלמן/ה <input type="checkbox"/>	פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש) <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
זכר <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
זכר <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
זכר <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
זכר <input type="checkbox"/>		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה

סמך/י \sqrt ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך בטור 2 אם את/ה מקבלת/ת בנינו קצבת ילדים מבי"ל^(*)

2	1	שם	מספר זהות	תאריך לידה

(*) חובה לצרף אישור מהמוסד לביטוח לאומי, למעט במקרה של אישה נשואה ואלמן/ה

ד. פרטים על הכנסות אחרות

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קיצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

ה. פרטים על הכנסות אחרות

תאריך השינוי	פרטי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת

ע"י החטיבה לאירועים ומעורבות מועד (מספר 12.2013)

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

1 אני תושב/ת ישראל.

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

3 אני תושב/ת קבוע/ה ביישוב 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 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 - ימנה 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⁽¹¹⁾. 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⁽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

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 7-8 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 פסידי 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 / שרתני 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 (סמך/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 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:

שם	כתובת	המעביד / משלם המשכורת (1)	
		סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית (לפי התלושים)
		מספר תיק ניכויים	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 שלעיל 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.
- (4) משכורת בעד עבודה נוספת - 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".
- (5) 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.
- (6) משכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- (7) 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.
- (8) 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.
- (9) אם העובד לא מילא משכורת - המעביד מנע מלנוח מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (10) אם העובד לא מילא משכורת - על המעביד לרפור למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (11) אם העובד לא מילא משכורת - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולינוכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפי"ש.
- (12) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (13) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושהורה השני של הילד נפטר או שהילד ירשום 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"
<http://in.bgu>, <http://in.bgu.ac.il/logistics/Pages/training.aspx> בכתובת

[] הנני מאשר/ת את השתתפותי בהדרכת בטיחות בתאריך _____
הנני מועסק באוניברסיטה באמצעות מדור: סגל מנהלי וטכני / סגל אקדמי
שם העובד/ת _____
תפקיד _____
טלפון במחלקה _____
כתובת דוא"ל _____
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	
מס' טל' 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	



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
 אגף משאבי אנוש
 משאבי אנוש סגל מנהלי וטכני:
 08-6472612

קביעת זכאות לתשלום שארית

פרטי העובד

שם פרטי										שם משפחה										מספר זהות																													
אגף/פקולטה										מחלקה										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 הוראה 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									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--



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



שי חגים

הנהלת האוניברסיטה מעניקה שי חגים לעובדים שאינם מועסקים תחת ההסכם הקיבוצי של עובדי הסגל המנהלי והטכני. קבלת השי מותנית בניכוי חודשי משכרם של העובדים.

נא למלא את הספח המופיע מטה ולסמן את האפשרות הרלבנטית.

שם: _____ ת.ז: _____.

○ אני מאשר/ת לנכות משכרי בכל חודש 26.7 בגין "שי חגים".

- ידוע לי כי סכום זה עתיד להתעדכן ככל שיוחלט על שינוי בסכום השי.
- ידוע לי כי הניכוי יתבצע מדי חודש, גם בחודש בו לא אעבוד בפועל במסגרת המינוי.
- ידוע לי כי לא אוכל לקבל, בשום מקרה, החזר כספי בגין הניכוי.
- ידוע לי כי יש באפשרותי להודיע על רצוני בהפסקת הניכוי, בכל עת, ולא יותר מפעם אחת במהלך תקופת עבודתי.
- ידוע לי כי אהיה זכאי לקבלת השי כל עוד אעבוד באוניברסיטה בחודש בו יחולק השי.
- ידוע לי כי האחריות לקבלת השי מוטלת עליי. היה ולא אגיע לקחת את השי במועדים שיפורסמו לא אהיה זכאי לשי או להחזר כספי בגינו.

○ אני לא מאשר/ת לנכות משכרי "שי חגים" וידוע לי כי בכך לא אהיה זכאי/ת לקבלת השי.

ובאתי על החתום _____

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

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.

אתרי מחשב חשובים

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

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

מצ"ב קישור לנוהל הטרדה מינית

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

מדריך לחוזה אישי כולל



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 – גט" 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 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 / יחזע בציבור
"שוב"	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
טלפון 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	

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 ויטכנ 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 הסיכונים והתשואה הצפויה
לכספין המושקעים בקרן

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	
מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל		<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 משתנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל		<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 המחדל. במקרה שבו לא נקבע בהסכם קבוצי או הסכם אחר כי הפקדה לרכיב פיצויים תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספיי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל 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	ססמ הפקודה
	/ /	☐

למילוי על ידי עמית שמצטרף באמצעות הצטרפות ישירה (לא סוכן פנסיוני, משוק פנסיוני או יועץ פנסיוני)
אם סמן אם מתקיימים אצלך אחד או יותר מאלה: <input type="checkbox"/> אני עמית פעיל בקרן פנסיה חתיקה <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, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.
<input type="checkbox"/> אני מסכים/ה כי מטמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בסעבת _____@_____ 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 לסעבת דוא"ל Sherut@altshul.co.il או לכתובת: הברזל 19 א', רמת החייל, תל אביב 6971026.
חתימה: _____

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: _____ / _____ / _____

אין תדאג/י לפנסיה שלך?

קרן הפנסיה שלך תעניק לך קצבה חודשית לאחר פרישה מעבודה, וכיסוי ביטוחי למקרה שלא תוכל/י 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 תוכל/י להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, ותוכל/י לקבל מקרן הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות. ביטוח למקרה מוות - אם תלך/תלכי לעולמך חס וחלילה בן/בת הוגן שלך יקבל קצבה חודשית מהקרן לכל ימי חייו/חייה וילדיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.

- תוכל/י לבחור מסלול ביטוח בקרן המתאים לצרכיך בכל עת באמצעות שליחת בקשה בעניין לקרן.
- אם אין לך בת/בן זוג ילדים, 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 תקבל/י 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 תוכל/י 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- _____ (אם לציין מתי), עישתי _____ 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 נכות כלשהי ו/או הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות ו/או לקבלת אחודי 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 הריון ותספי מזון) ב-10 השנים האחרונות כחטאה ממחלה או מביה כחניית?	<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 / הפרעות / 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 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 הלית	<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 וצורף 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 שמסרתי הם מלאים, נכונים ומדויקים. ברור לי כי ככל שיתברר כי הפרטים שמסרתי בהצהרה זו, כולם או חלקם, אינם הפרטים הנכונים והמלאים לגבי מצב בריאותי במועד ההצהרה, לא אהיה זכאי לפנסיית נכות ושאריו לא יהיו זכאים לפנסיית שאירים, ככל שהנכות או הפטירה, לפי העניין, אידועו כתוצאה ממצבי הבריאותי, שעליו לא דיווחתי כדרש, דיווח מלא, נכון ומדויק.

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____

תאריך: ____ / ____ / ____ חתימה: _____ X

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 לביטוח לאומי או לרשויות המס או למשרד הביטחון, ו/או למעסיקי ו/או לכל מוסד רפואי בארץ לרבות עובדיו, והפאיו 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 נודש 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 כתב 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 לתקנון הקרן. חתימתי על כתב ויתור זה נעשתה מרצוני החופשי ואחר שהבנתי את האמור בו.

תאריך: ____ / ____ / ____ חתימת המועמד: _____ X

נספח ז'

טופס הצטרפות לקופת ברירת מחול

הצהרת עובד בדבר ידיעתו על זכותו לבחור מוצר פנסיוני:

ידוע לי כי בהתאם לטעיף 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 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 מהפקדות -1 % 0.1 מהצבירה.

חתימת העובד: _____

תאריך חתימה: _____ / _____ / _____



טופס הצטרפות לקרן השתלמות

טופס מספר **174**

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בסוכבית (*)

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"/>	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> ידועה בציבור
יישוב*	ת.ד.	רחוב*	מס' בית*	מס' דירה	מיקוד	
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון ביד	מספר טלפון קווי	מעמד			
			<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> בעל שליטה <input type="checkbox"/> עצמאי באמצעות מעסיק			

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"/>	885	אג"ח ממשלתי ישראל	%
<input type="checkbox"/>	888	ח"ל	%
<input type="checkbox"/>	889	מניות	%
<input type="checkbox"/>	2048	הליכה	%
<input type="checkbox"/>	7258	פאסיבי כללי	%
<input type="checkbox"/>	7253	לבי 50 ומטה - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו	%
<input type="checkbox"/>	7254	לבי 50 עד 60 - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו	%
<input type="checkbox"/>	470	לבי 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

תדירות תשלום	תאריך תחילת הגבייה	סכום ההפקדה

אישורים

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

אני מסכימה כי מסמכים והודעות מסעם החברה ישלחו לדואר האלקטרוני של 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 שבדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל mokedge@migdal.co.il או לכתובת ת.ד. 3778, קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106.

	חתימת העמית
--	-------------

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן ההשתלמות, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן ההשתלמות: 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 הרשום 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)

	תאריך חתימה
--	-------------

	חתימת העמית
--	-------------

	תאריך חתימה
--	-------------

	חתימת בעל הרשיון
--	------------------

	תאריך חתימה
--	-------------

	חתימת אפוסטרופוס
--	------------------

10.10.2019



14701740210250517

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

עמוד 2 מתוך 10 דפים

קוד מסמך: 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 פס ולרשום את מספר הזהו הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב TIN U.S. _____
--	---	--

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומדויק.

תאריך _____ שם המצהיר _____ חתימת המצהיר _____

2. שאלות לעניין CRS לצורך מימוש האמנה לחילופי מידע בנושא מס בין מדינות

האם אתה תושב מדינה זרה? לא כן אם כן, אנו מלא את הפרטים להלן: יש לרשום באנגלית באמודות 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 כן תושבות 2: לא כן

אני מצהיר כי כל המידע שמסרתי מלא ומדויק.

תאריך _____ שם המצהיר _____ חתימת המצהיר _____

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 הזהו שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.

תאריך _____ 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 הזהו שלי בהתאם להוראות ה-CRS.

תאריך _____ 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 _____ חתימת הסוכן _____





הצהרת העמית לפי חוק איסור הלבנת הון (עמית עצמאי)

בדרש 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 זהו של 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/י 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
0.78%	

שים/ שימי לב!

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





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

הטופס מיועד לשיים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס 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)	מספר בית
	מספר דירה	ת"ד
	מיקוד	

ב. פרטי מיופה הכוח (סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני, במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מזפה 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 מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים ותכנית ביטוח⁴ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשות⁵ להצטרפות למוצר או העברת בקשות⁶ 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 מסוים)

שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה.
בחימה 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 מסוים, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
בחימה 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.

* בחימה 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 עובד הקטור לעבודתו של בעל הרישון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנת בפקוח על שירותים פיננסיים ("יעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים") (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), תשע"ב - 2012.
* גוף מוסדי - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.
* מידע אודות מוצר - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוח, 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 - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 31(2)(ז) לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח שאינה כלולה במוצר פנסיוני ואינה נמכרת אגב אותו מוצר כהגדרתו בסעיף 31(1)(ז) לחוק הייעוץ הפנסיוני, למעט תכנית ביטוח כאמור הכלולה במוצר ביטוח שאים מוצר פנסיוני.
* תכנית ביטוח - 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 בעפרון

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

סופס מספר **434**

לכבוד

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

הדגון: בקשה להעברת כספים מ"ב בקשתו של העמית להעברת כספים מחשבונו אלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את כספי העמית. לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת 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	X סמן	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	חול
	<input type="checkbox"/>	%	863	מניות
	<input type="checkbox"/>	%	8012	אג"ח עד 10% מניות
	<input type="checkbox"/>	%	9779	לבני 50 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	X סמן	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	חול
	<input type="checkbox"/>	%	869	מניות
	<input type="checkbox"/>	%	2048	הלכה
	<input type="checkbox"/>	%	7256	פאסיבי כלל
	<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 - מסלול מתמחה ללא מעבר אוטומטי לגיל הבא אחריו

לדיעתך, 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	מס' 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

הצהרות העמית

1. אני מתן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, התנאים 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 תבות ביטוחיות, המבצע 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 לעניין 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, לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
לגבי עמית נתון לאמסטרזיסטות - שם האמסטרזיסט וחתימתו	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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
לגבי עמית נתון לאמסטרזיסטות - שם האמסטרזיסט וחתימתו	חתימת העמית	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: סופס זה אינו מתאים לגבייה של הלוואות.

סופס מספר **500**

לכבוד

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

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 המסב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך)

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

אני/הר"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

- מתלנים לכם בזה הוראה להקים בחשבונינו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוננו, 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"נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על דילם בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב.
 - ארה"נהיה רשאים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שקבע בהרשאה, או את הסכומים שקבעו בהרשאה, אם מקבצו. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הדין ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
- הבנק אינו אחראי בכל המגע לעסקה שבינינו לבין המוסב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בסלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לילנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אני/אנא מסכים/ים 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.

קבלת הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לי מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/בנק יהיה מקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפני 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 מסלוק	קוד מוסד	אסמכתא / מס' מזרה של הלקוח בחברה
		סניף	בנק	00602

בכבוד רב,

תאריך _____ שם בנק _____ חתימת וחותמת הסניף ★

מקור סופס 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

קוד מספר: 0110065000910110517



הוראה למינוי מוטבים (קופת גמל / קרן השתלמות)

טופס מספר **425**

חובה למלא את הטעמים המסומנים בכוכבית (*)

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"/>	רווק <input type="checkbox"/> משוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידועה בציבור <input type="checkbox"/>

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*	כתובת	קרבת משפחה	חלק ב-%*

סה"כ:

*כל 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 לענין 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 מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.
 אני מסכים/ה כי מסכים והודעות מסעם החברה ישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____ חזת במקום באמצעות הדואר.
 אני מעוניין/נת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מניה החברה.
 ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל mokedge@migdal.co.il או לכתובת 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

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 מיקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ



014784251010040617

עמוד 10 מתוך 10 דפים

קוד מסמך: 478