



עובד/ת יקרה!

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. 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

* הצהרת סודיות

* טופס הצטרפות לקרן פנסיה

לתשומת לבך- היעדר אחד האישורים יעכב הטיפול בהכנת שכרך.

מידע לגבי זכויותיך וחובותיך במוסד תקבל/י מהפרנטית שתטפל בך אישית ודרכה תקבלי/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

כרטיס עובד⁽¹⁾



ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

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

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"י המגלה אישר אחרת). הוּפָס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורות⁽¹⁾ העובד. אם כל 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									
רחוב/שכונה		מספר	עיר/שוב	מיקוד	קידומת				
מין	מצב משפחתי		☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה		תושב ישראל	חבר בקופת חולים ☐ כן, שם הקופה		☐ לא	
☐ זכר ☐ נקבה	☐ גרוש/ה ☐ אלמן/ה		☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פי"ש)		☐ כן ☐ לא				

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

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

סמן/י $\sqrt{}$ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בנינו קצבת ילדים מב"ל(*)

תאריך תחילה העבודה בשנת המס	אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)
	☐ משכורת חודש ⁽²⁾ ☐ משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾ ☐ משכורת חלקית ⁽⁴⁾ ☐ שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾ ☐ קצבה ⁽⁶⁾ ☐ מלגה ⁽¹⁾

[illegible]

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

ו. פרטים על בן/בת הזוג

משפחה (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ☐ עבודה/קצבה/עסק ☐ הכנסה אחרת				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי הסוכן	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

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/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 ☐ אני תושב/ת 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 תכנונים 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 שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 599 לפקודה.

6 ☐ אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹⁾. 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 ו-8 לעיל).

10 ☐ בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו אלו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום 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 (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⁽¹⁾ כמפורט להלן:

ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ה מ ש כ ו ר ת (1)			
ש	כ	ת	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 דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

תאריך

חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 0101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
- (2) "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (3) משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- (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 שאינה 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 שאינה 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 זו - המעביד מנע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (10) אם העובד לא מילא משכורת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (11) אם העובד לא מילא משכורת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"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"

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

[] הנני מאשר/ת את השתתפותי בהדרכת בטיחות בתאריך _____
הנני מועסק באוניברסיטה באמצעות מדור : סגל מנהלי וטכני / סגל אקדמי
שם העובד/ת _____ ת.ז. _____
תפקיד _____ מחלקה _____
טלפון במחלקה _____ תאריך _____
כתובת דוא"ל _____ חתימה _____
תפוצה : 1. העובד 2. מחלקת בטיחות 3. _____ 4. תיק אישי
שם הממונה

בברכה,

אנה ביאליק

רכזת הדרכות בטיחות



חבר סגל יקר/ה

הנדון: בדיקות רפואיות בקבלה לעבודה

עובד/ת חדש/ה חייב/ת בביצוע בדיקות רפואיות כלליות תוך חודשיים מתחילת העבודה במידה והוא/היא חשוף/ת 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										אוניברסיטת בן-גוריון בנגב אגף משאבי אנוש <u>מחלקת משאבי אנוש-סגל מנהלי</u>																													
חבר סגל יקר, - קצובת נסיעה משולמת לעובד בהתאם לימי עבודתו ומקום מגוריו בפועל. - לאחר מילוי הטופס נא לשלוח לכתובת הרשומה מעלה. - החזר הנסיעה הינו עד לתקרה שנקבעה ע"י החשב הכללי.																																							
שם פרטי										שם משפחה										מספר זהות																			
פקולטה										מחלקה										חלקיות משרה																			
מס' טל' בבית										מס' טל' נייד										פקס										e-mail									
כתובת מגורים בפועל																																							
רחוב										מס' בית										עיר										מיקוד									
פרוט מס' ימי נסיעה בשבוע																																							
פרט מס' ימי נסיעה לעבודה בשבוע																																							
פירוט יעדי האוטובוסים הנדרשים																																							
להלן פירוט קשר האוטובוסים בין מקום מגורי לבין מקום עבודתי:																																							
פרטים										מחיר נסיעה בכיוון אחד										מחיר כרטיס חופשי חודשי																			
בעיר המגורים																																							
בעיר העבודה																																							
נסיעה בין-עירונית																																							
הצהרת העובד																																							
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. <u>ידוע לי כי דיווח שקרי יגרור סנקציות מצד האוניברסיטה</u>																																							
חתימת העובד																																							
שם פרטי ושם משפחה										חתימה										תאריך																			

קביעת זכאות לתשלום שארים										אוניברסיטת בן-גוריון בנגב אגף משאבי אנוש משאבי אנוש סגל מנהלי וטכני: 08-6472612									
פרטי העובד																			
שם פרטי										שם משפחה					מספר זהות				
אגף/פקולטה										מחלקה									
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 הוראה מחייבת בכל חוק אחר) : יורשי החוקיים למוטבים ששמם 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 לסיימה, 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 הבא/ה לאוניברסיטת בן גוריון שבנגב.

דף זה מיועד להכוננה 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 הרשאות 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>



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". במידה ולא תבחר/י אחת מהקרנות תוך חודש, תצורף/פי אוטומטית לקרן ברירת 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

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	513173393-00000000001328-0000-000

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

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

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

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

מסלולי ביטוח בקרן		
שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול	
☐ מסלול כללי	64 לאישה, 67 לגבר	
☐ מסלול עתיר חיסכון	64 לאישה, 67 לגבר	
☐ מסלול עתיר נכות ושארית	64 לאישה, 67 לגבר	
☐ מסלול עתיר נכות ושארית לפרישה בגיל 60	60	
☐ מסלול עתיר נכות	64 לאישה, 67 לגבר	
☐ מסלול עתיר שארית	64 לאישה, 67 לגבר	
☐ מסלול עתיר נכות לגיל 67	67	

מסלולי הביטוח בקרן פנסיה נבדלים זה מזה בדייקן 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 לשאידיים ויטכד דמי ביטוח מחשבוני, אלא אם אחידע 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 לסיכויי נכות ועל כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים.
- ☐ אני בן/בת למעלה מ-60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת זוג ולילדים.

מסלול השקעה בקרן

סמן/י את מסלול ההשקעה המבוקש:

רכיב תגמולים

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

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	
מסלול השקעות משותנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל		☐
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 ומטה	9757	☐
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 עד 60	9758	☐
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 60 ומעלה	9759	☐
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה מסלול הלכה	9760	☐

רכיב פיצויים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	
מסלול השקעות משותנה ומותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל		☐
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 ומטה	9757	☐
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 50 עד 60	9758	☐
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה לבני 60 ומעלה	9759	☐
אלטשולר שחם פנסיה מקיפה מסלול הלכה	9760	☐

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספין במסלול ברירת המחדל.
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 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: ☐ 16% (ברירת מחדל) ☐ אחר: _____ שים לב! בחירה השונה משיעור ברירת המחול של הקרן מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.		
פרטי תשלום של עמית עצמאי		
תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סמס הפקדה
	/ /	ש
למילוי על ידי עמית שמצטרף באמצעות הצטרפות ישירה (ללא סוכן פנסיוני, משוק פנסיוני או יועץ פנסיוני)		
אנא סמן אם מתקיימים אצלך אחד או יותר מאלה: ☐ אני עמית פעיל בקרן פנסיה וותיקה ☐ אני מבוטח פעיל בקופת ביטוח (ביטוח מנהלים)		
אישורים		
ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול קופת הפנסיה שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, ותקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות. ☐ אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בסעבת _____@_____ חאת במקום באמצעות הדואר. ☐ 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 מקוונת)				
שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רשיון	מס' סוק בחבזה	שם סוכנות

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

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

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

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

איך תדאגי לפנסיה שלך?

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

1. ביטוח בקרן הפנסיה*

- קרן הפנסיה שלך מספקת שני סוגים של כיסויים ביטוחיים במהלך תקופת העבודה:
- ביטוח למקרה נכות - אם לא תוכלי להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, תוכלי 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 ולידיך יקבלו קצבה חודשית עד גיל 21.
 - תוכלי לבחור 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/י פיצוי אם מקרה הביטוח נובע ממחלה שהייתה לך לפני שהצטרפת לקרן פנסיה.

שים/שימי לב!

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

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

2. חיסכון בקרן פנסיה

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

שים/שימי לב!

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

3. דמי ניהול בקרן פנסיה

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

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

שים/שימי לב!

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

הצהרת בריאות

שם מלא: _____ תעודת זהות: _____

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

חלק א':

רקע רפואי ואורח חיים		
1	האם הנך מעשן כיום? (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק) אם כן נא פרט: אני מעשן כעת _____ במשך _____ שנים הפסקתי לעשן ב- _____ (נא לציין מתי), עישנתי _____ סיגריות ליום _____	☐ לא ☐ כן
2	האם הנך שותה אלכוהול, באופן קבוע, יותר מ-2 כוסות ליום?	☐ לא ☐ כן
3	האם הנך צורך סמים בהווה או צרכת סמים בעבר?	☐ לא ☐ כן
4	האם ב-3 שנים האחרונות אושפדת ו/או עברת ניתוח ו/או האם ימצא לך לעבור ניתוח?	☐ לא ☐ כן
5	האם נקבעה לך נוסת כלשהי ו/או הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות ו/או לקבלת אחוזי נכות ו/או הנך מחבון להגיש תביעת נכות מכל סוג?	☐ לא ☐ כן
6	האם הנך מקבל טיפול תרופתי בתדירות קבועה (למ הפחות פעם בחודש, למעט גלולות היריון ותוספי מזון) ב-10 השנים האחרונות כתוצאה ממחלה או מניה כרונית?	☐ לא ☐ 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	☐ לא ☐ כן
2	האם אובחנת במחלת נפש - לרבות דיכאון, חרדות, תסמונת פוסט טראומטית	☐ לא ☐ כן
3	גידולים, מחלות ממאירות לרבות סרטן	☐ לא ☐ כן
4	מערכת הריאות ודרכי הנשימה	☐ לא ☐ כן
5	מערכת הדם, מערכת הלב, כלי דם	☐ לא ☐ כן
6	יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות	☐ לא ☐ כן
7	מערכת העיכול, הכבד, לבלב, כיס מרה	☐ לא ☐ כן
8	מערכת המליות	☐ לא ☐ כן
9	סכרת	☐ לא ☐ כן
10	מחלת איידס (HIV) או נשא של מחלת איידס	☐ לא ☐ כן
11	מערכת השלד, השרירים, המפרקים	☐ לא ☐ כן

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

Pm1003_190617

הצהרת המועמד

ידוע לי כי ככל שהצהרתי באופן עצמאי מבלי שעברתי הליך יעוץ או שיווק פנסיתי על ידי בעל רשיון, ויקבעו לי החרגות רפואיות בשל מצב בריאות לקוי, המשך תהליך ההצטרפות לקרן הפנסיה יהיה מחויב ביעוץ או בשיווק פנסיתי 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 לפנסיה נכות ושאר יי לא יהיו זכאים לפנסיה שאירים, ככל שהנכות או הפטירה, לפי העניין, אירועו כתוצאה ממצבי הבריאותי, שעליו לא דיווחתי כדרש, 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 לביטוח לאומי או לרשויות המס או למשרד הביטחון, ו/או למעסיקי ו/או לכל מוסד רפואי בארץ לרבות עובדיו, רופאיו וכל מי שפועל בשמו בישראל או בחו"ל, לרבות קופות חולים, בתי חולים כלליים 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 הסייעודי 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 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 לתקטן הקרן. חתימתי על כתב 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/ות 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. _____ מנקש/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 צפוי/ה לשלם בקרן הפנסיה אלטשולר שחם קרן פנסיה מקיפה (מ.ה. 1328) עומדים על % 1.49 מהפקדות 1- % 0.1 מהצבירה.

חתימת העובד: _____

תאריך חתימה: _____ / _____ / _____