0101/130

דף 1 מתוך 2

רשות המסים בישראל

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 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
			9

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורף בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה

כתובת פרטית				מספר טלפון
רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד	/
				קידומת

מין	מצב משפחתי			תושב ישראל	חבר בקופת חולים
❑ זכר ❑ נקבה	❑ גרוש/ה ❑ אלמן/ה	❑ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	❑ רווק/ה ❑ נשוי/אה	❑ כן ❑ לא	❑ כן, שם הקופה _____ ❑ לא

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

סמן/י √ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה

ד. פרטים על הכנסותי ממעביד זה

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

תאריך תחילה העבודה[1] בשנת המס

- ❑ משכורת חודש[2]
- ❑ משכורת בעד משרה נוספת[3]
- ❑ משכורת חלקית[4]
- ❑ שכר עבודה (עובד יומי)[5]
- ❑ קצבה[6]
- ❑ מלגה[1]

ה. פרטים על הכנסות אחרות

❑ אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות [1]

❑ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

- ❑ משכורת חודש[2]
- ❑ משכורת בעד משרה נוספת[3]
- ❑ משכורת חלקית[4]
- ❑ שכר עבודה (עובד יומי)[5]
- ❑ קצבה[6]
- ❑ מלגה[1]
- ❑ ממקור אחר _____

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:

❑ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת[7]

❑ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו[8]

❑ אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת[9]

❑ אין מפרישים עבורי לקיצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת[10]

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

❑ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה ❑ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: ❑ עבודה/קיצבה/עסק ❑ הכנסה אחרת

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

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

(11.2014 - ל' בכסלו תשע"ה)

מספר זהות _____

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 בישוב מזכה [13] 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 תיכוניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). **עולה חדש/ה** - תעודת עולה.

5 ❑ בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת **עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.**

6 ❑ אני הורה במשפחה חד הורית[11] החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם 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 _____ . ❑ מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים _____ .

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

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

10 ❑ בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, 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 / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ .
מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

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

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

1 ❑ לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין 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:

המעביד/משלם המשכורת [1]			סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית (לפי התלושים)	המס שנוכה (לפי התלושים)
שם	כתובת	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 101

(1) **"עובד"** יחיד המקבל משכורת. **"מעביד"** אדם המשלם משכורת. **"משכורת"** הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או נוות, מילגה וכיו"ב.
"עבודה" לרבות קבלת משכורת. **"מלגה"** לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
(2) **משכורת חודש** - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש.
(3) **משכורת בעד משרה נוספת** - משכורת בעד עבודה של יותר מ - 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
(4) **משכורת חלקית** - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה בנשיך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע.
ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
(5) **שכר עבודה** - משכורת בעד עבודה של פחות מ - 18 יום בחודש אך לא פחות מ - 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
(6) **קצבה** - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
(7) **אם העובד לא מילא משבצת זו** - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
(8) **אם העובד מילא משבצת זו** - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
(9) **אם העובד לא מילא משבצת זו** - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
(10) **אם העובד לא מילא משבצת זו** - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
(11) **הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה:** רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
(12) **הורה יחיד** - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
(13) **ישוב מזכה** - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.

עיריית מודיעין מכבים רעות
MODIIN MACCABIM REUT

שאלון אישי

טופס מס' 16

הטופס מנוסח בלשון זכר ופונה לגברים ונשים כאחד

1. פרטים אישיים ופרטי התקשרות.
יש לצרף צילום ת.ז. כולל ספח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב	שם האם

רחוב	מס' בית	מס' דירה	מיקוד	יישוב

שם משפחה באנגלית	שם משפחה קודם	תאריך לידה (לועזי)	ארץ לידה	תאריך עליה

מגדר	מצב משפחתי	טלפון בבית	טלפון נייד
זכר ☐ נקבה ☐	רווק/ה ☐ נשוי/ה ☐ גרוש/ה ☐ אלמן/ה ☐		

כתובת מייל אישי	מספר פקס

בעל/ת רישיון נהיגה	סוג הרישיון	מספר הרישיון	צורך צילום רישיון נהיגה
כן ☐ לא ☐			כן ☐ לא ☐

2. פרטי בן/בת זוג
(לשימוש משאבי אנוש- צורף דף נתונים: ☐ כן ☐ לא)

שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה (לועזי)	עובד ☐ אינו עובד ☐	מקום העבודה
טלפון נייד	טלפון בבית	דוא"ל פרטי		

3. ילדים מתחת לגיל 18

מס'	שם הילד	תאריך לידה (לועזי)	מספר זהות									מין	
1												זכר	נקבה
2												זכר	נקבה
3												זכר	נקבה
4												זכר	נקבה
5												זכר	נקבה

4. קרובי משפחה העובדים בעיריית מודיעין מכבים רעות

הגדרה: קרבת משפחה לרבות קרת משפחה חורגת או הנוצרת עקב אימוץ תהיה: בן זוג, בת זוג, הורה, בן, בת, אח, אחות, גיס, גיסה, דוד, דודה, בן אח, בן אחות, בת אחות, חותן, חותנת, חם, חמות, חתן כלה, נכד, נכדה.

אני הח"מ, לאחר שקראתי את הגדרת קרבת משפחה מצהיר/ה בזאת כי

☐ אין לי קרובי משפחה בין עובדי העירייה ונבחריה

☐ יש לי קרובי משפחה בין עובדי העירייה ונבחריה כמפורט להלן:

מס'	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	יחס קרבה	אגף	מחלקה
1						
2						

5. קביעת זכאי לתשלום במקרה פטירה

בהתאם לסעיף 7 לחוק הגנת השכר , תש"יט-1958, רשאי עובד לקבוע כי התשלומים המגיעים לו ישולמו לכל מי שהוא בוחר.

במסגרת זו רשאי העובד, אם ברצונו בכך, לקבוע כזכאי מוסד או כל גוף אחר. אם לא יורה למי ישולמו התשלומים – ישולמו אותם תשלומים לבן הזוג, ובאין בן זוג, ליורשים החוקיים.

אני הח"מ, מבקש כי משכורתי ותשלומים אחרים אשר יגיעו לי ביום פטירתי עקב/או בעת שירותי, ישולמו בכפיפות להוראות 84.1 בתקשי"ר, לאדם, מוסד או כל גוף אחר, ששמו נקוב להלן (או לרשומים בלוח שלהלן) בחלקים המצוינים מול שמותיהם.

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	כתובת	החלק	
				במילים	בספרות

6. השכלה - צרף אישורי ותעודות לימודים

פרטים	שם המוסד	מקום המוסד	המקצוע העיקרי / מגמה	מספר שנות לימוד	תארי גמר לימוד	התואר או התעודה
תיכונית/יסודית						
על תיכונית/מקצועי						
תואר ראשון						
לימודי תעודה במוסד להשכלה גבוהה						
תואר שני						
תואר שלישי						

7. שפות-ציין ע"י סיפרה (1 מעט, 2 בינוני 3 טוב)

שפה	דיבור	קריאה	כתיבה
עברית			
אנגלית			
אחר (פרט)			

8. פרטי שירות חובה: צה"ל/ משטרה/ שירות לאומי

פרטי השרות	מתאריך	עד תאריך	מס' חודשים	לא שירת

מספר אישי	דרגת שחרור מצה"ל	משרת/ת במילואים	דרגת שחרור

9. מקומות עבודה קודמים

שם החברה	תפקיד	סיבת הפסקת העבודה	תקופת העבודה	שם ממליץ ונייד

10. חברות בקופת חולים, בארגון מקצועי ובוועד עובדים

שם קופ"ח	שם ארגון מקצועי	שמות אגודות מקצועיות	חברות בוועד עובדים
		1. 2.	

צורף דף נתונים נוסף? ☐ צורף ☐ לא צורף

11. **בעיות או מגבלות רפואיות מיוחדות הקשורות לעבודה.**
*** חובה לצרף אישור מרופא משפחה על בריאות תקינה**

_____
_____
_____
_____

12. **קרן פנסיה**

שם הקופה _____

לתשומת לבך, במידה ולא תועבר בקשה להעברה לפנסיה ספציפית, תשלום הפרשת הפנסיה תועבר לחברת פנסיה הראל/ מבטחים.

13. **חוב לעירייה**

האם יש לך חוב לעיריית מודיעין מכבים רעות **כן / לא**

14. **קצובת נסיעה**

	נסיעות	קו	מתחנה	לתחנה	מחיר מלא בכיוון אחד	מס' ימים בשבוע
הוצאות נסיעה ציבורית המקורים למקום העבודה וחזרה						

15. **פרטי בנק (יש לצרף אישור מהבנק)**

שם הבנק	מספר הבנק	שם הסניף	כתובת הסניף	מספר חשבון

16. **עבודה נוספת: ☐ יש ☐ אין**

-במידה והנך מועסק בעבודה נוספת, יש לצרף אישור העסקה ממקום העבודה הנוכחי כולל היקף משרה.-

17. הרשעה בביצוע עבירת מין (בהתאם לחוק למניעת העסקה של עבריינים מין במוסדות מסוימים, תשס"א-2001):

כן ☐ לא ☐

חובה לצרף אישור ממשטרת ישראל כי אין מניעה להעסקת בגיר במוסד חינוכי☐ צורף☐ לא צורף

18. **<u>הליכים משפטיים –</u>** (למעט עבירות תעבורה, דוחות חניה וכד')

18.1	האם יש לך הרשעות בפלילים, לגביהן טרם חלפה תקופת ההתיישנות?	כן / לא
18.2	האם בעת מילוי שאלון זה תלויים ועומדים נגדך כתבי אישום	כן / לא
18.3	האם נחקרת בידי משטרה או בידי רשות חוקרת אחרת תחת אזהרה, במסגרת תיק חקירה שעדיין תלוי ועומד?	כן / לא
18.4	האם מתקיימים נגדך הליכים משמעתיים או שהורשעת בעבירות משמעת על ידי גוף משמעת?	כן / לא
18.5	האם מתקיימים נגדך הליכי פשיטת רגל בבית המשפט או שהוכרזת כפושט רגל?	כן / לא
18.6	האם הוכרזת חייב מוגבל באמצעים כמשמעותו בחוק ההוצאה לפועל, התשכ"ז - 1967?	כן / לא
18.7	האם הוגשה נגדך תביעה אזרחית על ידי רשות מרשויות המדינה בשל כהונה או תפקיד שמלאת? האם ניתן בעניינך פסק דין שעניינו הפרת חובות נושאי משרה בתאגיד? **(משרת מנכ"ל בלבד)**	כן / לא

<u>הערה-</u> אינך נדרש/ת לפרט לגבי הרשעות שהתיישנו או נמחקו מהמרשם הפלילי או מידע הנוגע לתקי חקירה שנסגרו וכן אינך נדרש/ת לציין הרשעות בשל עבירות תעבורה – אלא אם מדובר בעבירה לפי בעיף 64 לפקודת התעבורה בגינה נגזר עליך מאסר או מאסר על תנאי.

<u>הצהרה</u>

הנני מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בטופס זה נכונים ומלאים.

מובא בזאת לידיעתי כי עפ"י חוק המרשם הפלילי ותקנת השבים, תשמ"א-1981 (להלן – "החוק"), לשם בחינת מועמדותי עיריית מודיעין מכבים רעות (להלן – "העיריה") רשאית לקבל ממשטרת ישראל מידע לגביי מהמרשם הפלילי (להלן – "המידע").

מובא בזאת לידיעתי כי העיריה רשאית עפ"י חוק לקבל מידע לגביי אף ללא הסכמתי אולם במידה ולא אתן את הסכמתי עליה לידע אותי בדבר מסירת המידע.

הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי כי משטרת ישראל תמסור לעירייה מידע לגבי מהמרשם הפלילי והנני מוותר/ת בזאת על הודעה בדבר מסירת המידע.

שם המועמד/ת: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

19. הצהרה

1. הריני מצהיר/ה בזה ומאשר/ת בחתימתי כי כל הנתונים שמסרתי לאגף משאבי אנוש לעיריית מודיעין מכבים רעות במילוי שאלון זה, והמסמכים שצירפתי לשאלון זה, הם מלאים, נכונים ומדויקים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים תביא לפסילת מועמדותי, ובמקרה בו אתחיל את עבודתי בעירייה – להפסקה מידית של עבודתי.
2. באם יחולו שינויים כלשהם בפרטים הנוכחים לעיל, לרבות שינויי כתובת מגורים, מצב משפחתי, פרטי השכלה ורשימת קרובים בין עובדי המועצה, **הנני מתחייב/ת להודיע לאגף משאבי אנוש תוך 7 ימים מיום השינוי**.
3. ידוע לי כי אי המצאת כל המסמכים הנדרשים לקליטתי במערכת משאבי אנוש ו/או השכר, בזמן, עלולה להביא לפגיעה במשכורת החודשית, ולא תהיה לי כל טענה כלפי המועצה בגין זאת.
4. במידה וייוצר לי חוב לעיריית מודיעין מכבים רעות, לרבות בגין תשלומים שהועברו ביתר לחשבוני, בגין נזקים שגרמתי לרכוש, בגין אי החזרת ציוד, בגין אי השלמת התחייבויות שלקחתי על עצמי בכתב, בגין הלוואות ו/או בגין חובות מוכחים שאחוב לעירייה, הריני מאשר/ת לעירייה בחתימתי זו, בהתחייבות בלתי חוזרת, לקזז או לנכות את תשלומי החוב מחשבוני או ממשכורתי החודשית בהתאם לחוק הגנת השכר, התש"ח-1958, ואני מוותר/ת על כל טענה בקשר לכך.
5. הריני מצהיר , כי למיטב ידעתי הנני כשיר מבחינה מקצועית ומבחינה רפואית לבצע את העבודה אליה התקבלתי בעיריית מודיעין מכבים רעות. כמו כן, הנני מביע בזה את הסכמתי לפנות לבדיקה רפואית לבחינת מצבי הרפואי, והנני מתחייב לגלות לרופא/ים הבודק/ים את כל הפרטים הנכונים בדבר מצבי הרפואי.
במידה ולא אמציא תוצאות הבדיקה הרפואית עד חודש מיום תחילת עבודתי, תיפסק עבודתי בעירייה ותשלום משכורתי ללא הודעה נוספת. הריני מצהיר כי אביא לידיעת אגף משאבי אנוש בעירייה, ללא דיחוי, כל שינוי במצבי הרפואי, העלול להשפיע על עבודתי בעירייה, להשפיע על בריאותי, לסכן אותי ו/או עובדים אחרים ו/או כל צד ג'.
6. הריני מצהיר כי אינני מנהל ושותף ו/או עובד בעסק נוסף ואחר בין בשכר ובין שלא בשכר .
7. הריני מתחייב שלא לעבוד בעבודה נוספת כלשהיא מחוץ לעבודתי בעירייה בכלל, ובעבודה שעשויה להיות בה משום ניגוד עניינים עם תפקידי בעירייה בפרט, ללא קבלת אישור מהנהלת העירייה.
8. בהתאם לנהלי המרכז לשלטון מקומי בישראל חלה חובה על כל עובד להטביע את כרטיס הנוכחות שלו בשעון רישום הנוכחות בתחילת העבודה ובסיומה (אוגדן תנאי שירות פרק 5.6) בעיריית מודיעין מכבים רעות דבר זה מתבצע ע"י החתמת כרטיס / טביעת אצבע ושעון נוכחות או ע"י החתמה טלפונית בעת כניסתי ויציאתי מהעבודה כנדרש וידוע לי שאי החתמת נוכחות מהווה השפעה ישירה על השכר.
9. עם קבלתי לעבודה, אני מתחייב לעמוד ולקיים את כל הנהלים, ההוראות, וההנחיות של מנהלי הישיר ושל הנהלת העירייה, כפי שיועברו אלי, כפי שמופיעים בעירייה וכפי שמפורסמים מעת לעת.

תאריך _____ **חתימה** _____

עיריית מודיעין מכבים רעות
MODIIN MACCABIM REUT

משאבי אנוש

טופס מס' 17

הצהרת בריאות

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות
כתובת		טלפון
תפקיד		אגף/מחלקה/יחידה

מצב בריאות - פרט מחלות כרוניות ו/או קשות מהן סבלת בעבר ובהווה:

1. _____
2. _____
3. _____

האם עברת בעבר ניתוחים: ☐כן ☐לא

אם כן פרט:

1. _____
2. _____
3. _____

האם אתה מרגיש כשיר ונכון מבחינה בריאותית לעבודה שיועדה לך במסגרת הרשות המקומית:
☐כן ☐לא

האם יש לך מגבלה רפואית כל שהיא: ☐כן ☐לא

אם כן פרט:

1. _____
2. _____
3. _____

הצהרת העובד: הריני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל מלאים ונכונים:

שם ושם משפחה	חתימה	תאריך

תפוצה: 1) תיק אישי 2) העובד

עיריית מודיעין מכבים-רעות, ת.ד 1 מודיעין 7176404 טלפון: 08-9726016 פקס: 08-9732513
אתר העירייה: www.modiin.muni.il כתובת דואר אלקטרוני משאבי אנוש: hr@modiin.muni.il

עיריית מודיעין מכבים רעות
MODIIN MACCABIM REUT

משאבי אנוש

טופס מס' 19

אישור בדיקה רפואית לכשירות לעבודה

המעסיק _____

כתובת _____

לכבוד קופת חולים _____

ב _____

מספר זהות						
מספר חבר בקופ"ח						

א.ג.נ,

הננו שולחים אליכם את מר/גב' _____ _____

שם משפחה שם פרטי

אשר עומד/ת להתקבל לעבודה/לקבל קביעות אצלנו בתור _____

תפקיד

הננו מבקשים לבדוק אותו בהתאם למוסכם בינינו ולהודיע לנו:

1. אם המועמד/ת מתאים/ה לתפקיד המוצע?

2. _____

(מקום לשאלות מיוחדות – למלא ע"י השולח)

ר"מ הצהרה חתומה ע"י המועמד/ת על ויתורו/ה על הסודיות הרפואית כלפי בדיקה זו.

_____ חתימת מנהלת משאבי אנוש _____

ויתור על סודיות רפואית

הואיל ועיריית מודיעין-מכבים-רעות (להלן: "**העירייה**")

דורש/ת ממני חוות דעת רפואית על כושרי לעבודה בעירייה הנני מצהיר/ה:

1. אני מתחייב/ת למסור לקופת חולים ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשליחותה ידיעות מלאות ונכונות ובצורה שתידרש על ידם על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה בהווה ו/או שאחלה בה בעתיד, מבלי להעלים דבר.
2. אני משחרר את קופת חולים ו/או את עובדיה ו/או את כל מי שפועל מטעמה או בשליחותה מחובת השמירה על הסוד הרפואי בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או למחלותיי בפועל ומוותר על סודיות זו כלפי העירייה ולא תהיינה לי כל טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר עם מסירת העובדה הנ"ל או מסקנות המבוססות עליהן.

_____ חתימת המועמד לבדיקה _____

עיריית מודיעין מכבים רעות
MODIIN MACCABIM REUT

משאבי אנוש

אישור הרופא

לכבוד _____

_____/_____/_____

ב _____

מספר זהות								

הננו להודיעכם, שבדקנו את

_____

בתור מועמד לקבלה לעבודה/לקביעות בתור

_____

(התפקיד)

ומצאנו כי הנ"ל

.1

_____

_____

.2

_____

_____

הערות (בעיקר במקרה של אי-התאמה לתפקיד המוצע):

_____

_____

_____ _____

חתימת הרופא הבודק שם הרופא

עיריית מודיעין מכבים-רעות, ת.ד 1 מודיעין 7176404 טלפון: 08-9726016 פקס: 08-9732513
אתר העירייה: www.modiin.muni.il כתובת דואר אלקטרוני משאבי אנוש: hr@modiin.muni.il

שמירת סודיות – לשון החוק

א. כללי

1. חוק העונשין תשל"ז-1977, קובע הוראות בדבר החובות הקשורות בבטחון המדינה ובשמירת ידיעות המגיעות לידיעתו של האזרח בכלל ושל עובד המדינה בפרט.

2. בסעיף 117 בחוק, משמעות מיוחדת לגבי עובדי הציבור ועובדי המדינה בכללם, מאחר והוא קובע הוראות בדבר מסירת ידיעות רשמיות שהגיעו לעובד בתוקף תפקידו. התרשלות בשמירתן ובתחוקתן והוא מטיל עונשים חמורים על העוברים על הוראות אלו.

3. סעיף 117 (א) לחוק קובע:
"עובד הציבור שמסר, ללא סמכות הדין, ידיעה שהגיעה אליו בתוקף תפקידו, לאדם שלא היה מוסמך לקבלה, וכן מי שהגיעה אליו ידיעה בתוקף תפקידו כעובד ציבור, ולאחר שחדל מהיות עובד הציבור מסרה, ללא סמכות כדין, לאדם שלא היה מוסמך לקבלה, דינו- מאסר שלוש שנים".

ב. "ידיעה"

4. "ידיעה" מוגדר בסעיף 92 לחוק ככולל: "ידיעה" שאינה נכונה. וכל תיאור, תכנית, סיסמה, סמל, נוסחה, חפץ או חלק מהם המכילים ידיעה או העשויים לשמש מקור לידיעה".
איסור מסירת "ידיעה" שהגיעה לעובד בתוקף תפקידו, אינו חל אפוא על ידיעה סודית דוקא, ואפילו לא רק על ידיעה חשובה. האיסור חל על מסירת כל ידיעה שהעובד קיבל בתוקף תפקידו מאיזה סוג שהוא כמוגדר לעיל.

ג. סמכות למסירת ידיעה

5. עובד רשאי למסור ידיעה שהגיעה אליו בתוקף תפקידו רק אם הוסמך כדין למסור אותה, וכתנאי נוסף שהוא מוסר אותה לאדם המוסמך לקבלה. הוראה זו חלה על עובד גם לאחר פרישתו מהעירייה.
סמכות למסור ידיעה יכולה להינתן במפורש או בכלל לא. הסמיכה העירייה במפורש עובד למסור ידיעה מסוימת או ידיעות מסוג מסוים, הרי אין עבירה בעת מסירת הידיעה. כמו כן, גוררת על פי רוב עצם הטלת תפקיד על עובד גם סמכות למסור ידיעות: כגון סמכותם של דובר המשרד או עובד המקבל ידיעות שהגיעו אליו בתוקף תפקידו ושמטבע העניינים עליו למסרם לעובדים אחרים או לציבור, ועובדיו מוסמכים למסור ידיעות לממונה עליהם. כל סמכות למסור ידיעות כנ"ל קיימת מכללא אלא אם כן נשללה במפורש.

ד. סמכות לקבל ידיעה

6. עובד שיש לו "סמכות כדין" למסור ידיעה אינו רשאי למסרה לכל אדם, החוק מתיר למסור ידיעה רק לאדם המוסמך לקבלה. כאן יש להבדיל בין מסירת ידיעות בין עובדי העירייה ובין מסירתן אל מחוץ לעירייה. עובד מוסמך לקבל כל ידיעה הדרוש לצרכי עבודתו ולמילוי תפקידו. אין למסור ידיעה לעובד אחר, בין באותו משרד ובין מחלקות אחרות אם אין אותו עובד מוסמך או חייב לקבל את הידיעה לצרכי עבודתו ולמילוי תפקידו.

7. מחוץ לעירייה קטן מספר האנשים המוסמכים לקבל ידיעות, ישנן כמובן ידיעות שמטבע ברייתן נוצרו כדי שתימסרנה לציבור. כגון כל ידיעה הקשורה במתן שירות כללי לציבור הרחב. כמו כן, ישנן ידיעות שאדם מסוים או סוג בני אדם זכאים לקבלן. אולם אז מספר האנשים המוסמכים לקבלן מוגדר ומוגבל, והוא נקבע בדרך כלל בהוראות.

8. מכל הנאמר לעיל מסתבר כי הסמכות למסור ידיעה שונה ממקרה למקרה, ועובד אשר עומד בפני הצורך למסור ידיעה, חייב לשקול בזהירות רבה אם אמנם הוא מוסמך למסור את הידיעה.ואם האיש לו הוא עומד למסור אותה אמנם מוסמך לקבלה, ומידת זהירות דרושה כאשר מדובר במסירת ידיעה מחוץ לעירייה.
בהזדמנות זו יש להדגיש כי עיתונאי, בתוקף היותו עיתונאי, אינו מוסמך לקבל ידיעות יותר מאשר הציבור הרחב זכאי לקבלן. אין למסור ידיעות/תגובות לעיתונאים שלא באמצעות דובר העירייה.

ה. שמירת ידיעה

9. סעיף 117 (ב) לחוק קובע:
"עובד הציבור שהתרשל בשמירת ידיעה שהגיעה אליו בתוקף תפקידו, או שעשה מעשה שיש בו כדי לסכן בטחונה של ידיעה כאמור. דינו- מאסר שנה אחת".
גם בסעיף זה אין המדובר בידיעה סודית או בידיעה חשובה בלבד. כי אם בכל ידיעה שהגיעה לעובד בתוקף תפקידו. על כן, אין להשאיר תיקים ומסמכים במקום גלוי או במקום בלתי מאובטח, ואף אין להשאירם על השולחן במשרד עם סיום יום העבודה ללא נעילת הדלת או מבלי להכניסם למגירה סגורה.

10. סעיף 117 (ג) לחוק קובע:
"הגיעה לאדם ידיעה בתוקף תפקידו כעובד הציבור, והוא החזיקה, ללא סמכות בדין, בניגוד להוראות שניתנו לו בדבר החזקתה, או לאחר שחדל מהיות עובד הציבור, דינו מאסר שנה אחת".
כל עובד חייב לשמור על תיקים ומסמכים ולהקפיד על מילוי הוראות העירייה
(לרבות הממונה הישיר) בנושא. החזקת תיקים, מסמכים או ידיעות בניגוד להוראות אלה היא עבירה שצריך לתת עליה את הדין לפי סעיף זה. כמו כן, עובד שפרש מן העירייה השומר בביתו תיק מתיקי העירייה או מסמך אחר השייך לעירייה, עובר עבירה חמורה על החוק.

אני מצהיר כי קראתי את ההוראות בדבר שמירה על סודיות כמפורש לעיל, וכי נהירות לי חובותיי מכוח הסעיף 117 של חוק העונשין, תשל"ז-1977

שם העובד	חתימת העובד	תאריך

עיריית מודיעין מכבים רעות
MODIIN MACCABIM REUT

משאבי אנוש

טופס מס' 18

התחייבות לשמירת סודיות

אני הח"מ _____ נושא/ת ת.ז _____ המשמש/ת בתפקיד _____ מטעם עיריית מודיעין-מכבים-רעות (להלן- "**העירייה**") מתחייב/ת בזאת, באופן בלתי חוזר, כלפי העירייה כדלקמן:

1. לשמור בסודיות מלאה ומוחלטת כל ידיעה, מסמך, רשימה, תכנית, צילום, נתונים, וכל מידע אחר שהגיע לידי, לרשותי או לידיעתי, במסגרת עבודתי בעירייה, בקשר עם מאגרי מידע מכל מין וסוג שהוא, לגביהם ניתנה ו/או תינתן לי הרשאת גישה, בין אם חלקית או מלאה, למעט מידע שהוא נחלת הכלל (להלן – "**המידע**").
2. שלא להעתיק כל מידע, שלא למסור או לגלות בכל דרך או אופן שהוא כל מידע למי שאינו רשאי לקבלו עפ"י דין.
3. ליישם ולנקוט בכל אמצעי הזהירות והאבטחה כלפי מידע, על מנת למנוע אפשרות שייצא מרשותי ויגיע לידי מי שלא רשאי לקבלו.
4. הנני מתחייב/ת להשתמש במידע שיגיע לרשותי ו/או לידיעתי רק בהתאם להוראות מנהל מאגר המידע והממונים עליי, והכל בכפוף להוראות החוק, לרבות הוראות הועדה להעברת מידע בין גופים ציבוריים.
5. מובהר לי בזאת כי מסירת מידע או שימוש בו שלא בהתאם לחוק עשוי להוות עוולה אזרחית בגינה אני עלול/ה לחוב בנזיקין, ובנסיבות מיוחדות הדבר עשוי להוות אף בגדר עבירה פלילית לצידה נקבעו עונשי מאסר.
6. ידוע לי כי אין בהצהרתי זו בכדי לגרוע מכל חובה המוטלת עליי על פי כל דין.
7. ידוע לי כי אם לא אקיים את התחייבויותיי על פי כתב התחייבות זה, כולם או מקצתם, אפר את חובת הנאמנות שאני חב/ה כלפי העירייה וזאת בנוסף להפרת ההוראות הקבועות בחוק ואשא בעונשים הקבועים בדין.
8. התחייבות זו לשמירת סודיות אינה מוגבלת בזמן ותעמוד בתוקפה גם לאחר סיום תפקידי או העסקתי בעירייה.

_____	_____	_____
שם מלא	**ת.ז.**	**תפקיד/מחלקה**
_____	_____	
תאריך	**חתימה**	

עיריית מודיעין מכבים-רעות, ת.ד 1 מודיעין 7176404 טלפון: 08-9726016 פקס: 08-9732513
אתר העירייה: www.modiin.muni.il כתובת דואר אלקטרוני משאבי אנוש: hr@modiin.muni.il

עיריית מודיעין מכבים רעות
MODIIN MACCABIM REUT

משאבי אנוש

טופס מס' 21

בחירת קרן פנסיה

לכבוד

מחלקת משאבי אנוש

א.ג.נ.,

1. על פי הודעת הסתדרות הפקידים המייצגת את עובדי הדרוג המנהלי, עובדי חינוך נוער וקהילה, מדריכות טיפוליות בדרוג אחריות, קרן הפנסיה שנבחרה לביטוח עובדי הדרוגים הנ"ל היא:
"ביטוח הראל", המנהלת את הראל פנסיה, בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 1951 רמת גן 52118. טל. 03-7549898. זוהי ברירת המחדל, במידה והעובד לא ציין את שם הקרן.

2. על פי הודעת הסתדרות המהנדסים, האקדמאים במח"ר, ההנדסאים והטכנאים, המשפטנים, המיקרוביולוגיים, הביוכימאיים, הפרארפואיים, העובדים הסוציאליים, קרן הפנסיה שנבחרה לביטוח עובדי הדרגים הנ"ל הינה:
"מנורה מבטחים", אשר מנוהלת על ידי מבטחים קרנות פנסיה בע"מ, ז'בוטינסקי 7, ת.ד. 3507 רמת גן, טל. 03-6925809/08/27. זוהי ברירת המחדל, במידה והעובד לא ציין את שם הקרן.

3. **כל עובד זכאי להצטרף לקרן פנסיה עפ"י בחירתו האישית.**

4. נבקשך להודיענו, באמצעות ההצהרה המופיעה מטה, מהי קרן הפנסיה אשר נבחרה על ידך.

הצהרת והודעת העובד/ת

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מתכבד/ת בזה להודיעכם,
כי לאחר שקראתי והבנתי את הנדון, קרן הפנסיה בה בחרתי להיות מבוטח, הינה:

_____
שם קרן הפנסיה

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	חתימה	תאריך

עיריית מודיעין מכבים-רעות, ת.ד 1 מודיעין 7176404 טלפון: 08-9726016 פקס: 08-9732513
אתר העירייה: www.modiin.muni.il כתובת דואר אלקטרוני משאבי אנוש: hr@modiin.muni.il

עיריית מודיעין מכבים רעות
MODIIN MACCABIM REUT

משאבי אנוש

טופס מס' 10

בקשה לאישור קצובת נסיעות

שם העובד/ת _____ מס' ת.ז _____ מען מגורים _____

מען מקום עבודה _____ מען איסוף להסעה _____

מחלקה _____ אחוזי משרה _____ תאריך תחילת עבודה _____

פירוט מס' קווי אוטובוס ממקום מגורי למקום עבודתי :

חברת האוטובוס	מספר טלפון	תחנת איסוף	תחנת פיזור	סה"כ מס' תחנות	מחיר מלא בכיוון אחד	מחיר כרטיס חופשי חודשי

סה"כ תשלום נסיעות: _____ ש"ח

הריני מצהיר/ה כי הפרטים הנ"ל נכונים ומבקש/ת לאשר לי קצובת נסיעות בהתאם לפרטים שמסרתי לעיל.

הנני מתחייב להודיע על כל שינוי בכתובת המגורים,מקום העבודה או הסדרי התחבורה.

חתימת העובד _____ חתימת הממונה _____ תאריך _____

_____
אישור רפרנט משאבי אנוש

עיריית מודיעין-מכבים-רעות-ת.ד 1 מודיעין 71700 טל'-08-9726016 ,פקס-08-9732513

עיריית מודיעין מכבים רעות
MODIIN MACCABIM REUT

משאבי אנוש

טופס מס' 20

קביעת זכאים לתשלום במקרה פטירה

בהתאם לסעיף 7 לחוק הגנת השכר, תשי"ט – 1958, רשאי עובד לקבוע כי התשלומים המגיעים לו ישולמו לכל מי שהוא בוחר. במסגרת זו רשאי העובד, אם רצונו בכך, לקבוע כזכאי מוסד או כל גוף אחר.

אם לא תורה למי ישולמו התשלומים – ישולמו אותם תשלומים לבן זוגך, ובאין בן זוג, ליורשים החוקיים.

אני, הח"מ, מבקש/ת כי משכורתי ותשלומים אחרים (לרבות תמורת ימי חופשה), אשר יגיעו לי ביום פטירתי עקב/או בעת שירותי, ישולמו לאדם, מוסד או כל גוף אחר, ששמו נקוב להלן בחלקים המצוינים מול שמותיהם:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	כתובת	החלק	
				במילים	בספרות
			סה"כ חלקים	מאה אחוז	100%

תאריך _____ שם העובד _____ חתימת העובד _____

עיריית מודיעין מכבים-רעות, ת.ד 1 מודיעין 7176404 טלפון: 08-9726016 פקס: 08-9732513
אתר העירייה: www.modiin.muni.il כתובת דואר אלקטרוני משאבי אנוש: hr@modiin.muni.il

עובדות ועובדים יקרים,

כפי שהינכם יודעים פוליסת ביטוח הבריאות הקבוצתית של עובדי עיריית מודיעין מכבים רעות, הינה אחת מגולות הכותרת בפעילות של הוועד למען רווחתם ובריאותם של העובדים ובני משפחותיהם.

לאור השינויים שבוצעו בפוליסה, להלן מס' דגשים לידיעתכם:

1) הארכת תקופת הביטוח עד 31.3.2025, נתון שיאפשר שימור הפוליסה במתכונתה הנוכחית עד תום תקופת הביטוח.
2) הארכת תקופת הכיסוי הסיעודי הקבוצתי עד 31.12.17 – לפי הנחיות הפיקוח על הביטוח.
3) כל עובד חדש זכאי להצטרף לרובד הבסיס במימון מלא של המעסיק.
4) כל עובד חדש יוכל להצטרף לכיסוי המורחב ללא הצהרת בריאות עד 90 יום ממועד תחילת העבודה.
5) עובד שיבחר להצטרף לאחר 90 הימים יידרש לצרף הצהרת בריאות.
6) עובד שיסיים את עבודתו מכל סיבה שהיא, יוכל אם ירצה לבקש באופן יזום ועל אחריותו להצטרף לאחת מתוכניות הביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח באותה עת ללא צורך בחיתום וללא הצהרת בריאות ע"י מתן הודעה בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת פרט תוך 90 יום מיום פרישתו.

בכל שאלה ניתן לפנות לסוכנות הביטוח "פרופיט" של הראל בטלפון:
03-9503426

בברכת בריאות טובה לכם ולבני משפחותיכם,
זיוה אסא, יו"ר וועד העובדים
וחברי הוועד

עיריית מודיעין מכבים רעות
MODIIN MACCABIM REUT

משאבי אנוש

טופס מס' 36

הצטרפות לביטוח בריאות

שם העובד/ת _____ ת.ז _____ כתובת _____

כתובת מייל _____. נייד_____

1. לידיעתך הנך מבוטח בביטוח בריאות ברובד **בסיסי.**
2. במידה ותרצה להוסיף בני משפחה נוספים יש לפנות באופן עצמאי לסוכן הביטוח מאיר דוד, בטלפון:03-9503426 והסדרי התשלום ייעשו ישירות מול סוכן הביטוח.

_____

חתימת העובד

טופס 8

העמותה לקידום מקצועי של עובדי הרשויות המקומיות ועובדי התאגידים העירוניים

עמותה רשומה מס' 58-035-831-5

ייפוי כח – טופס הצטרפות

אני הח"מ מצהיר/ה כי אני חבר/ה העמותה לקידום מקצועי של הפקידים עובדי המנהל והשירותים.

בהתאם להסכם הקיבוצי בין המעסיקים הציבוריים לבין הסתדרות הפקידינו עובדי המנהל והשירותים, על המעסיק לשאת בדמי החברות בעמותה פרופסיונלית שאינה איגוד מקצועי. לפיכך אני מבקש לשלם לעמותה הנ"ל את דמי החבר המגיעים לה עבורי, החל משנה זו ואילך.

דמי החבר משתנים מידי שנה בהתאם לשינויים במדד.

דמי החבר מוכרים ע"י נציבות מס הכנסה כהוצאה מוכרת ופטורה מחובת ניכוי מס הן לגבי המעסיק והן לגבי העובד. בהתאם לאישור שניתן לעמותה. תקרת דמי החבר נקבעת מדי שנה ומתפרסמת בחוזר הממונה על השכר והסכמי העבודה – משרד האוצר. (חוזר האוצר ה'ע 90/18 (33) מ- 20.02.90 והמכיר בהוצאה).

בכבוד רב,

תאריך: _____ חתימת העובד/ת _____

בחתימתי זו, ניתנת הסכמתי לדיוור ישיר אלי, בהתאם לחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א – 1981 זאת עד מתן הודעה אחרת מטעמי, בכתב.

ס.ב. | מס' ת.ז. | ס.ב.

פרטים על העובד/ת:

שם משפחה _____ שם פרטי: _____

מגורים: רח' _____ מס' _____ עיר: _____ מיקוד _____

טלפון: _____ טלפון סלולרי: _____

מקום עבודה: _____ אגף/מחלקה: _____ % משרה: _____

תפקיד: _____ כתובת מקום העבודה: _____

טלפון במקום העבודה: _____ דרוג: _____

מס' נציג רשום _____ דואר אלקטרוני: _____

לא חתמת – לא הרווחת

טופס 8

העמותה לקידום מקצועי חברתי של הפקידים עובדי המנהל והשירותים

עמותה רשומה מס' 58-035-331-5

ייפוי כח – טופס הצטרפות

אני הח"מ מצהיר/ה כי אני חבר/ה העמותה לקידום מקצועי של הפקידים עובדי המנהל והשירותים.

בהתאם להסכם הקיבוצי בין המעסיקים הציבוריים לבין הסתדרות הפקידים עובדי המנהל והשירותים, על המעסיק לשאת בדמי החברות בעמותה פרופסיונלית שאינה איגוד מקצועי. לפיכך אני מבקש לשלם לעמותה הנ"ל את דמי החבר המגיעים לה עבורי, החל משנה זו ואילך.

דמי החבר משתנים מידי שנה בהתאם לשינויים במדד.

דמי החבר מוכרים ע"י נציבות מס הכנסה כהוצאה מוכרת ופטורה מחובת ניכוי מס הן לגבי המעסיק והן לגבי העובד. בהתאם לאישור שניתן לעמותה. תקרת דמי החבר נקבעת מדי שנה ומתפרסמת בחוזר הממונה על השכר והסכמי העבודה – משרד האוצר. (חוזר האוצר ה'ע 90/18 (33) מ- 20.02.90 והמכיר בהוצאה).

בכבוד רב,

תאריך: _____ חתימת העובד/ת _____

בחתימתי זו, ניתנת הסכמתי לדיוור ישיר אלי, בהתאם לחוק הגנת הפרטיות, תשמ"ז – 1981. זאת עד מתן הודעה אחרת מטעמי, בכתב.

ס.ב.			מס' ת.ז.					ס.ב.

פרטים על העובד/ת:

שם משפחה _____ שם פרטי: _____

מגורים: רח' _____ מס': _____ עיר: _____ מיקוד _____

טלפון: _____ טלפון סלולרי: _____

מקום עבודה: _____ אגף/מחלקה: _____ % משרה: _____

תפקיד: _____ כתובת מקום העבודה: _____

טלפון במקום העבודה: _____ דרוג: _____

מס' נציג רשום _____ דואר אלקטרוני: _____

לא חתמת – לא הרווחת

המינהלת למרשם חברים ונכייה

ההסתדרות
ביחד, בשביל

בקשת הצטרפות להסתדרות הכללית החדשה וחברת העובדים

משפחה: _____ שם: _____ ת.ז: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

מין: ז / נ שם משפחה קודם: _____ תאריך לידה: |_|_|_|_|_|_|

עיר: _____ רחוב: _____ מספר: _____

מיקוד: _____ דוא"ל: _____@_____

טל' בבית: _____ טל' נייד: _____

שם מקום העבודה: _____ איגוד מקצועי: _____

המבקש/ת להצטרף: ☐שכיר/עצמאי ☐גמלאי/ת ☐סטודנט/ית ☐מובטל/ת ☐קיבוץ/מושב ☐עובד/ת משק בית ☐התארגנות ראשונית

משלם/ת באמצעות: ☐מקום העבודה ☐קרן הפנסיה ☐הוראת קבע – מצ"ב הוראה לחיוב חשבון

הריני מבקש/ת ממעסיקי לנכות משכרי דמי חבר להסתדרות העובדים הכללית החדשה וזאת בהתאם להחלטות מוסדותיה, ולהעביר את פרטי תשלום דמי החבר/ה להסתדרות העובדים הכללית החדשה.

אני הח"מ מבקש/ת להתקבל כחבר/ה בהסתדרות וחברת העובדים (ח"ע). גילי מעל 18 שנים. הנני מאשר/ת את נכונותם של הפרטים האישיים.
הנני מתחייב/ת למלא אחר הוראות חוקת ההסתדרות וח"ע ותקנותיהן, ואחר כל החלטה והוראה של מוסדותיהן המוסמכים, כפי שיתקבלו מעת לעת.
ידוע לי, כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את הפרטים המצוינים לעיל והנני מוסר/ת אותם מרצוני ובהסכמתי.
בנוסף, ידוע לי כי ההסתדרות, או מי שיוסמך לכך על ידה, רשאית לקבל עדכון ממאגרי המידע של משרד הפנים אודות הפרטים הכלולים בבקשתי זו, למאגר המידע הרשום שמספרו 843161.
הנני מסכים/ה כי פרטים אלה יימסרו להסתדרות ולח"ע ו/או למי מטעמן. כמו גם, ישמשו לדיוור ישיר ולשיווקי דיוור ישיר בהתאם לצרכי ההסתדרות וח"ע, לשם מילוי מטרות ההסתדרות וח"ע, כמופיע בחוקתן ולשם מתן סל השירותים לחבריהן.

הצהרת ביטול חברות בארגון עובדים אחר:

אני הח"מ_____ נושא ת.ז _____ העובד/ת ב _____ מודיע/ה בזאת

על הפסקת חברותי ב - ☐ ההסתדרות הלאומית ☐כוח לעובדים ☐אחר:_____

תאריך: _____ חתימה: _____

לשימוש פנימי - המרחב: _____ שם האיגוד המקצועי: _____ המגייס: _____ קוד אישי של המגייס: _____

הסתדרות לאומית
יש מי שדואג לך!
*8882

הצהרה על חברות בהסתדרות העובדים הלאומית

(הטופס מנוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים וגברים כאחד)

לכבוד: הסתדרות העובדים הלאומית

המעסיק_____

ארגון העובדים _____

אני החתום מטה מצהיר בזה כי אני בוחר להיות חבר בהסתדרות העובדים הלאומית. במועד הצהרתי זה הנני מאשר ניכוי סך של 0.95% משכרי והעברתו אל הסתדרות העובדים הלאומית.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת.ז.: |___|___|___|___|___|___|___|___|___| מין ז / נ תאריך לידה: |___|___|___|___|___|___|___|

רחוב: _____ מס': ____ ישוב _____ מיקוד _____

טל' נייד: _____ טל' בבית: _____

Email: _____@_____

שם המעסיק: _____ טל' בעבודה: _____

רחוב: _____ מס': ____ ישוב _____ מיקוד _____

יש לסמן את אחת מהאפשרויות הבאות: (שדה חובה)

☐ הנני מצהיר כי איני חבר בארגון עובדים אחר או בארגון היציג במקום עבודתי _____

☐ הנני חבר בארגון עובדים _____ והנני מצהיר על רצוני להפסיק את חברותי בארגון זה.

- הנני מאשר את נכונותם של הפרטים האישיים שלעיל וכי חתמתי ברצון חופשי וללא השפעה על הצהרת חברות זו להסתדרות העובדים הלאומית.
- הנני מאשר כי חברותי בהסתדרות העובדים הלאומית תישאר בתוקף אם וכאשר אעבור למעביד אחר.
- הנני מסכים לתנאי חוקת הסתדרות העובדים הלאומית ותקנוניה, כפי שהם במועד חתימתי וכפי שיהיו מעת לעת.
- ידוע לי כי ההסתדרות או מי שהוסמך לכך על ידה, רשאים לקבל עדכון ממאגרי המידע של משרד הפנים אודות הפרטים הכלולים בהצהרתי זו.
- הנני מסכים כי פרטים אלה ישמשו לדיווח ישיר.
- הנני מאשר כי טופס הצטרפות זה יועבר לנמענים הרלוונטיים בגוף הצהרה זו.

תאריך: _____ חתימה: _____

לשימוש פנימי: שם המצרף מטעם ההסתדרות הלאומית: _____ חתימת המאשר : _____

את הטופס הנ"ל ניתן להעביר לאחר שנחתם למייל: info@histadrut.net או לפקס מס': 089523828

מנורה מבטחים

1-00414

תאריך עדכון: 29/6/2016

לכבוד

מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ

בקשת הצטרפות כעמית - שכיר

אני מבקש להצטרף כעמית-שכיר למוצר/ים שמסומנים מטה*:

☐ קרן הפנסיה "מבטחים החדשה"

☒ קופת הגמל לחסכון "מנורה מבטחים תגמולים ופיצויים"

☐ קרן ההשתלמות "מנורה מבטחים השתלמות"

שמנוהלים על ידי חברתכם, ומבקש שתסדירו הענין עם מעסיקי. ידוע לי כי אהיה רשאי לשנות בכל עת את מסלול ההשקעות במוצר שאליו ביקשתי להצטרף, ואת הכיסויים בקרן הפנסיה, ככל שביקשתי להצטרף אליה.

* יש לסמן את המוצר שאליו מבוקש להצטרף

אני מצהיר בזאת, כי בחרתי על דעת עצמי ומבלי לקבל מכם ייעוץ או המלצה כלשהם, להצטרף למוצר שסומן מעלה, וכי:

1. אני לא מבוטח בקרן פנסיה ותיקה.
2. אני לא מבוטח פעיל בביטוח מנהלים (קופת ביטוח).

פרטי המעסיק

שם המעסיק עוד"ר מודיעין מכירות רשת מס'/ח.פ מעסיק 500913517

מען המעסיק תבור 1, מודיעין

פרטי העמית

שם פרטי ומשפחה _____ תאריך לידה _____

מספר ת.ז _____ מין ☐ זכר ☐ נקבה

מען _____

מספר טלפון נייד _____ דוא"ל _____

אני מבקש שתפעלו להשלמת תהליך צירופי למוצרים המסומנים על ידי, ידוע לי שבקשתי להצטרף טרם אושרה על ידיכם.

תאריך _____ חתימה _____

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

מגדל

בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה מגדל מקפת אישית

טופס מספר **130**

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

שם חברה מנהלת	שם קרן הפנסיה	קוד קרן הפנסיה
מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ	מגדל מקפת אישית	162

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מספר זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
					☐ ז ☐ נ	☐ רווק ☐ נשוי ☐ אלמן ☐ גרוש ☐ ידוע/ה בציבור

יישוב*	ת"ד	רחוב*	מס' בית*	מס' דירה	מיקוד

כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון נייד	מספר טלפון קווי	מעמד עמית*
			☐ עצמאי ☐ שכיר ☐ שכיר בעל שליטה ☐ עצמאי באמצעות מעסיק

פרטי בן/בת זוג

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				☐ ז ☐ נ

פרטי ילדים עד גיל 21

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				☐ ז ☐ נ
				☐ ז ☐ נ
				☐ ז ☐ נ
				☐ ז ☐ נ

פרטי המעסיק

שם המעסיק*	כתובת המעסיק	מספר טלפון*	מספר ח"פ / ח"צ / זהות
עירית מיצעפן - מרכז רעלת	יעלים 1 מיצעפן	08-9726219	500213517

מסלול ביטוח בקרן (יש לבחור מסלול פנסיה אחד בלבד ואת גיל הפרישה)

שם מסלול הביטוח	גיל הפרישה במסלול – גבר	גיל הפרישה במסלול – אישה
☐ בסיסי (מסלול ברירת המחדל) (21)	☐ 60 ☐ 65 ☐ 67	☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67
☐ מוטה נכות (3)	☐ 60 ☐ 65 ☐ 67	☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67
☐ מוטה שאירים (4)	☐ 60 ☐ 65 ☐ 67	☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67
☐ מוטה זקנה (5)	☐ 60 ☐ 65 ☐ 67	☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67
☐ מוטה נכות וכיסוי להורה נבחר* (6)	☐ 60 ☐ 65 ☐ 67	☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67
☐ מסלול כיסוי להורה נבחר* (7)	☐ 60 ☐ 65 ☐ 67	☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67
☐ רצף (מוטה זקנה) (9)	☐ 60 ☐ 65 ☐ 67	☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67
☐ מוטה נכות ושאירים (10)	☐ 60 ☐ 65 ☐ 67	☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67
☐ בן מוגבל נבחר* (13) מצ"ב הצהרת בריאות לבן מוגבל	☐ 60 ☐ 65 ☐ 67	☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67
☐ מסלול אישי(2): ציין את שיעור פנסיית הנכות ושיעור פנסיית אלמנה המבוקש באחוזים מהמשכורת. שיעור פנסיית נכות % _____. שיעור פנסיית אלמנה % _____.	☐ 60 ☐ 65 ☐ 67	☐ 60 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 67

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

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול הביטוח הבסיסי (מסלול ברירת המחדל)

מק"ט 810100003

5165 .2077

שם	מספר זהות

מגדל

מסלול ביטוח בקרן - המשך

*שים לב! הטבלה הבאה מיועדת אך ורק למילוי בבחירת מסלולי ביטוח להורה נבחר או בן מוגבל נבחר (מסלולים 6, 7 או 13)

פרטי הורה נבחר או בן מוגבל נבחר	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	קרבה
					☐ ז ☐ נ	

רחוב	יישוב	מס' בית	מס' דירה	מיקוד	מספר טלפון

ויתור על כיסוי ביטוחי למקרה מוות (עמית שגילו עד 60) - יש לצרף תצלום תעודת זהות:

☐ אני מבקש/ת לוותר על הכיסוי הביטוחי לבן/בת הזוג בלבד. **אין** לי בן/בת זוג, אך **יש** לי ילד שגילו פחות מ- 21

☐ אני מבקש/ת לוותר על הכיסוי הביטוחי לבן/בת הזוג ולילדים. **אין** לי בן/בת זוג **ואין** לי ילד שגילו פחות מ- 21

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

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

ויתור על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60) - יש לצרף תצלום תעודת זהות:

☐ אני בן/בת למעלה מ- 60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לסיכוני נכות

☐ אני בן/בת למעלה מ- 60 ומבקש/ת לוותר על כיסוי ביטוחי לבן/בת הזוג ולילדים

שמירת זכאות לפנסיית נכות ושאירים בהפסקת תשלומים (סעיף שאינו חובה - לבחירת העמית)

☐ אני מבקש/ת כי במקרה של הפסקת תשלומים, ינוכו דמי סיכון (ריסק) ממרכיב תגמולי העמית ביתרת הזכאות הצבורה הרשומה על שמי וזאת לתקופה שאורכה כתקופת החברות הרצופה האחרונה בקרן ולא יותר מ- 24 חודשים וזאת על מנת לשמור על רמת הכיסוי הביטוחי כפי שהיתה במועד תשלום דמי הגמולים האחרון לקרן. אם ארצה לבטל את ההסדר לתשלום דמי הסיכון כאמור, אודיע לכם בכתב בתוך 21 ימים ממועד התשלום האחרון לקרן.

בחירה באפשרות לפנסיית נכות גדלה (סעיף שאינו חובה - לבחירת העמית)

☐ אני מבקש/ת **להוסיף** כיסוי ביטוחי המגדיל את קצבת הנכות שתשולם בשיעור שנתי ריאלי של 2% וזאת החל מהחודש ה- 37 לתשלום קצבת הנכות (קצבת נכות מתפתחת).

מסלול השקעה בקרן

רכיב תגמולים

סמן X	קוד מסלול	שם מסלול השקעה
☐		מודל השקעות תלוי גיל (מודל ברירת המחדל למי שלא בחר מסלול השקעה) כספי המבוטח יושקעו במסלול השקעה לפי גיל המבוטח, בהתאם לטווח הגילים, כמפורט להלן: (1) מסלול לבני 50 ומטה (2) מסלול לבני 50 עד 60 (3) מסלול לבני 60 ומעלה במקרה של בחירה במודל זה, יושקעו הכספים במסלול ההשקעה המתאים לגילו של המבוטח ועם הגיעו של המבוטח לגיל העליון במסלול, יועברו באופן אוטומטי למסלול ההשקעה הבא אחריו.
☐	2142	מסלול מניות
☐	2143	מסלול שקלי טווח קצר
☐	2144	מסלול אג"ח
☐	2112	מסלול הלכה
		שים לב, ניתן לבחור מסלול מהמסלולים המפורטים להלן, שלא במסגרת מודל תלוי גיל, בחירה זו משמעה כי הכספים לא יועברו ממסלול זה למסלול אחר, ללא בקשת המבוטח וזאת גם אם גילו לא יתאים לטווח הגילים במסלול החל עליו.
☐	8801	לבני 50 ומטה
☐	8802	לבני 50 עד 60
☐	8803	לבני 60 ומעלה

מסלולי ההשקעה בקרן הפנסיה נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספיך המושקעים בקרן.

5165 .2077

מק"ט 810100003

שם	מספר זהות

מגדל

מסלול השקעה בקרן - המשך

רכיב פיצויים

סמן X	קוד מסלול	שם מסלול השקעה
☐		מודל השקעות תלוי גיל (מודל ברירת המחדל למי שלא בחר מסלול השקעה) כספי המבוטח יושקעו במסלול השקעה לפי גיל המבוטח, בהתאם לטווח הגילים, כמפורט להלן: (1) מסלול לבני 50 ומטה (2) מסלול לבני 50 עד 60 (3) מסלול לבני 60 ומעלה במקרה של בחירה במודל זה, יושקעו הכספים במסלול ההשקעה המתאים לגילו של המבוטח ועם הגיעו של המבוטח לגיל העליון במסלול, יועברו באופן אוטומטי למסלול ההשקעה הבא אחריו.
☐	2142	מסלול מניות
☐	2143	מסלול שקלי טווח קצר
☐	2144	מסלול אג"ח
☐	2112	מסלול הלכה
		שים לב, ניתן לבחור מסלול מהמסלולים המפורטים להלן, שלא במסגרת מודל תלוי גיל, בחירה זו משמעה כי הכספים לא יועברו ממסלול זה למסלול אחר, ללא בקשת המבוטח וזאת גם אם גילו לא יתאים לטווח הגילים במסלול החל עליו.
☐	8801	לבני 50 ומטה
☐	8802	לבני 50 עד 60
☐	8803	לבני 60 ומעלה

מסלולי ההשקעה בקרן הפנסיה נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספיך המושקעים בקרן.

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספיך במסלול ברירת המחדל.
במקרה שלא נקבע בהסכם קיבוצי 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 מעסיק.

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 שונה משיעור ברירת המחדל של הקרן מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.

פרטי תשלום של עמית עצמאי

סכום ההפקדה	תאריך תחילת הגבייה	תדירות תשלום
		☐ חודשי ☐ רבעוני

למילוי על ידי עמית שמצטרף באמצעות הצטרפות ישירה (ללא סוכן פנסיוני, משווק פנסיוני או יועץ פנסיוני)
אנא סמן אם מתקיימים אצלך אחד או יותר מאלה:

☐ אני עמית פעיל בקרן פנסיה וותיקה

☐ אני עמית פעיל בקופת ביטוח (ביטוח מנהלים)

5165 .2077

מק"ט 810100003

שם	מספר זהות

מגדל

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 הפנסיה שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

☐ אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה ישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____ וזאת במקום באמצעות הדואר.

☐ אני מעוניין/נת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מנויה החברה.

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

X ☐ חתימת העמית

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן הפנסיה, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן הפנסיה: www.migdal.co.il

פרטי בעל הרשיון

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

רשימת מסמכים מצורפים:

- ☐ הצהרת בריאות (טופס 454) (בכפוף לשיקול הדעת של החברה המנהלת)
- ☐ ייפוי כוח (טופס 561) - במקרה של צירוף באמצעות בעל רישיון פנסיוני
- ☐ מסמך הנמקה - במקרה של צירוף באמצעות בעל רישיון פנסיוני
- ☐ טופס הוראה לחיוב חשבון (טופס 5) - במקרה של תשלום באופן עצמאי
- ☐ כתב מינוי אפוטרופוס - (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)
- ☐ טופס בקשה להעברת כספים (טופס 455) - במקרה של בקשה להעביר כספים מקופת גמל אחרת
- ☐ תעודת זהות (במקרה של וויתור על כיסוי ביטוחי)
- ☐ בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

תאריך חתימה ☐ חתימת* העמית ☐

תאריך חתימה ☐ חתימת בעל הרישיון ☐

תאריך חתימה ☐ חתימת אפוטרופוס ☐

מק"ט 810100003

5165 ,2077

איך 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, תוכל/י לקבל מקרן הפנסיה קצבה חודשית לתקופת הנכות.

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

- תוכל/י 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 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 ולהוזיל 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.

2. חיסכון בקרן פנסיה

- הקצבה החודשית שלך בפנסיה תיקבע בהתאם לסכום שמופקד לחיסכון מדי חודש, הרווח שישיג 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 "מגדל מקפת אישית".

	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2016	0.29%	2.95%

שים/ שימי לב!

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

מק"ט 810100003

5165 .2077