

New employee kit - guest lecturer/researcher from abroad

For your convenience, here are the forms necessary for your admission into the computerized human resources system for the purpose of making the academic appointment.

Completing the assessment and signing all the forms are a condition for the actual start of the transaction.

Do not start the deal without returning a full kit to the department.

must be attached to the kit :passport.

Please fill out the forms listed below and return them to the employing unit:

- ☐ Personal details sheet
- ☐ Consent form
- ☐ Consent form
- ☐ Commitment to confidentiality
- ☐ Commitment form for proper use of the university's ICT resources
- ☐ Pension insurance arrangement
- ☐ General approval regarding employer payments to a pension fund and an insurance fund instead of severance pay
- ☐ Nonresident declaration
- ☐ Electronic funds transfer form
- ☐ Medical insurance offer
- ☐ Medical insurance offer
- ☐ Application for payment of salary to a guest from abroad Appendix C
- ☐ Safety instructions form

We will be happy to be at your service at any time:

-Employment in research positions / non-teaching academic position / senior academic staff : mrs. Koffman Inbal 53367 (external 04-8249367) or by e-mail : iheflinger@univ.haifa.ac.il

- Employment of a lecturer in an academic course: ms. Ira Shlemenon 52596 (external 04-8240596) or by e-mail: ishlemen@univ.haifa.ac.il

Personal Information of Visiting Guest Lecturer from Abroad

ימולא ע"י היחידה - To be filled in by the department	
דרוג דרגה _____	תאריך תחילת עבודה _____
סעיף תקציבי ושם יחידה _____	

Please write all answers in clear, legible handwriting.

A copy of your passport must be attached (if you hold Israeli citizenship, please also attach a copy of your Israeli ID card).

Personal Details

Last name	First name	Passport number	Israeli ID number

Gender	Last name (in Hebrew)	First name (in Hebrew)
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		

Title (certification must be attached):

☐ Prof.
 ☐ Dr.
 ☐ Acct.
 ☐ Judge
 ☐ Adv.
 ☐ Mr.
 ☐ Mrs./Ms.

Date of birth	Country of birth	Status in Israel	Citizenship
		<input type="checkbox"/> Foreign resident <input type="checkbox"/> Temporary Resident <input type="checkbox"/> Tourist	<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> _____

Status

Single	Married	Divorced	Widow/er
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Date:	Date:	Date:

Foreign address and telephone

Street and no.	City/Town and Zip Code	Country	Telephone no.	Area code

Address and telephone Number in Israel

Street and no.	City/Town	Zip code	Telephone no.	Area code

Email - please write clearly	Cellular phone no.	Area code

Bank account information - for recipients of salaries in Israel

Name of Bank	Bank code	Branch no.	Branch Name	Branch address	Account no.

Education (copies of all certification must be attached*)

Degree/diploma*	Name of educational institution	From (year)	To (year)	Date received	Subject

If you worked at the University of Haifa in the past, fill in the dates and position held

From _____ to _____ Position _____

Department _____

From _____ to _____ Position _____

Department _____

In case of emergency contact:

Name	Relation	Address	Telephone no.

Other places of work in Israel - during the period of you are working at the University of Haifa

<input type="checkbox"/> _working place of work	<input type="checkbox"/> not working
---	--------------------------------------

Is there another contract between you and the university as a service provider?

☐ No

☐ Yes, Please specify: _____

Declaration

* I hereby affirm that the information I have provided above is correct.

* Responsibility for not filling in the information accurately and clearly lies with me.

Name

Date

Signature

Letter of Consent

I, _____, holder of ID card no. _____, know that by virtue of my being connected to the staff of the University of Haifa, the personal data that I have given to the University are part of the University staff's data base. This data base, through being a human resources data base, is used for the **purpose** of the routine operation of the University and also for purposes of the organization's internal post.

I am aware and I agree that, if necessary, my name and the contact details, which I have been allocated by the University in order to carry out my job, will be published in the University's various internet sites.

The university undertakes not to pass on any information from that data base to external bodies, except for instances in which it is bound by law, or to various service providers who assist the University in its routine operation (for example, the salary administration system) and also to the workers' organization, relevant to **my** employment (the Senior Academic Staff Organization, the Junior Academic Staff Organization, the Administrative Staff Organization), insurance companies or agents, with whom I have elected to work, pension funds, etc., for the purpose of obtaining the services provided by those bodies.

_____	_____	_____
Employee's name	Date	Signature

To:
University of Haifa

Dear Sir/Madam,

Re: Letter of Commitment

I, the undersigned, hereby make the following commitment to you, the University of Haifa:

1. To pay you, as per your request, no later than the concluding date of my work at your institution, any sum that I may owe you during the course of or in close proximity to the concluding date of my work there.
2. "The debt" referred to in this letter of commitment of mine refers to any debt created or created for any reason whatsoever, for something in return or not, whether it involves a gift or the payment of money, the giving or borrowing or failure to return any property, whether resulting from the causing of any damage whatsoever, or payment of yours for me or on my behalf as a guarantee or commitment of any kind of yours for me, whether already carried out or to be carried out in the future.
3. I hereby issue an irreversible order to deduct any debt as mentioned from my salary, and provided that the total amount deducted does not exceed one quarter of my salary, so long as I am still working for you and in the event of the conclusion of my work, you will be permitted to deduct the debt up to the full amount of my salary, royalties, compensation and/or other monies that will be relayed to me or my heirs.

Sincerely,

Name: _____

Passport no.: _____

Telephone no.: _____

Signature: _____

Confidentiality Agreement

I, the undersigned, _____ hereby agree to the following with the University of Haifa (hereafter: "the University"):

1. As of _____, the University will employ me.
2.
 - a. I will maintain total confidentiality with regard to all information and knowledge of the University and of any third party that is in contact with the University and that has become available to me due to my position or in the course of my work.
 - b. Any information, knowledge, idea, invention, discovery, development, product and process and all ownership of documents, plans and copyrights and patent rights and samples related to my work at the University and/or created during the course of my work at the University and/or stemming from it shall be fully owned by the University and the agreement specified in subsection A shall apply to them as well.
 - c. The obligations in subsections A and B shall be in effect during the period of my employment at the University and after it with no limit on time and place.
 - d. If I violate this said agreement, I can expect immediate dismissal with no right to end of employment compensation and I will also be required to pay compensation for damages caused or to be caused to the University as a result of the violation of my agreement.
 - e. This agreement shall not apply in the event of each of the following circumstances:
 - (1) General professional knowledge acquired before the start of my employment at the University, or information I knew and/or possessed prior to the start of my employment at the University.
 - (2) The information entered the public domain after publication or in some other way.
 - (3) The information reached other sources after the rights were purchased or in any other legal manner.
 - (4) Information that I am legally required to disclose to a given body.

Date

Name of employee

Signature

Re: Agreement to Make Proper Use of University Communications Resources

I, the undersigned:

Last name	First name	Department
-----------	------------	------------

Hereby affirm and agree to use the University of Haifa's computer and communications facilities solely and exclusively in accordance with the terms specified below.

1. The University's computer and communications infrastructure will serve me solely and exclusively for the requirements of my research/job/studies at the University of Haifa and not for personal or commercial objectives or for use by any other parties.
2. The use of my personal home computer, where the University is the Internet Service Provider for it, will be subject to the restrictions of the law. Any actions that violate the laws of the state should be refrained from, such as downloading/uploading material protected by copyright; prohibited accessing of computers; and/or publicizing offensive, sexual, or racist material that may harm any person, corporation and/or any other group.
3. I hereby state and confirm that I will not relay passwords for the computer to any other party. I am aware that I am not permitted to transfer the right to use University computers to a third party without first obtaining the written consent of the head of the computerization unit.
4. In the event I require computer resources for purposes unrelated to my work or studies, I will contact you in advance to obtain your written approval and will relay to you a signed monetary commitment as required.
5. I hereby state and confirm that all partial or full information about the computer software, data, files and so on that do not belong to me and/or which I was not authorized specifically to use, and which reaches me during the course of using University computers, constitutes confidential information.
I hereby agree not to copy and/or use such information or part thereof and/or to relay such information to any third party without your specific and written consent.
6. I am aware that damaging, data, software or hardware of the computer systems of other users or the functioning of the University network, constitutes damaging University property and is contrary to the regulations of the Computer Law 5755-1995. In such an event, the University shall be authorized to prevent me from continuing to use the computerization services.
7. In the event I have and/or obtain a database (in any media whatsoever) containing personal information about individuals, I agree to report this to you, and to act as per the requirements of the Privacy Protection Law 5741-1981 and in accordance with your instructions.
8. I agree to use the computer resources only in accordance with the information security procedures as they appear on the computerization unit's Web site: cc.haifa.ac.il
9. This agreement relates to every computer that is the property of the University and/or that is connected to the University's network.
10. I am aware that if I violate any of the commitments made in accordance with this document I will be responsible for all direct or indirect damage that is caused to the University and/or to any third party, as a result of it.

Sincerely,

Date

Signature

בקשה להסדר ביטוח פנסיוני (מיועד עבור עובדים זרים)

Application for a Pension Insurance Arrangement- who is not an Israeli citizen - holds a foreign passport

בקשה להסדר ביטוח פנסיוני – שאינו אזרח ישראלי (בעל דרכון זר).

(מעסיק: 7.5% לתגמולים, 8.33% לפיצויים. עובד: 7%).

For more information you can contact by email: ishlemenz@univ.haifa.ac.il, phone: 04-8240596

1. הנני מועסק/ת באוניברסיטת חיפה, במינוי המקנה לי זכות להפרשות פנסיוניות.
2. על פי חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) התשס"ה-2005, נתונה בידי ההחלטה בדבר התוכנית הפנסיונית אליה יבוצעו ההפרשות כאמור.

3. אבקש אפוא להודיעכם, כי לאחר שיקול דעת והיועצות עצמאית מול הגורמים המתאימים החלטתי לבחור בתוכנית פנסיונית כדלקמן (סמך/י X ליד האפשרות המתאימה):

אבקש להצטרף לקרן הפנסיה מגדל מקפת ☐

לשאלות בנוגע לקרן הפנסיה האמורה ניתן לפנות לאיש הקשר בחברה,
מר יוסי כמיסה בטלפון מס': 054-8071145

אבקש להצטרף להסדר פנסיוני אחר: ☐ (חובה לצרף אישור הצטרפות מהקרן / חברת הביטוח המבוקשת).

א. ידוע לי, כי בחירתי זו היא על אחריותי הבלעדית, לאחר שהתייעצתי בנושא ואני פוטר את האוניברסיטה מכל אחריות לתוצאות בחירה זו.

ידוע לי, כי בעקבות היענותכם לבקשתי תצא האוניברסיטה ידי חובתה לעניין הפרשות פנסיוניות ולא תהיינה לי ולבאים מכוחי כל תביעות, דרישות או טענות כנגד האוניברסיטה, עובדיה, מנהליה או הבאים או הפועלים בשמה ו/או מטעמה, בגין התוכנית הפנסיונית שבחרתי לעיל (לרבות בגין היקף ההפקדות לקופה,

סוגי הכיסוי והיקפם, תוקף הביטוח וכיוצא בזה).

ב. הפרשות המעסיק לתוכנית הפנסיונית שביקשתי לעיל, תבואנה במקום פיצויי פיטורים, כאמור באישור הכללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963.

ג. היה ובית הדין לעבודה יקבע כי ההיתר הכללי עליו חתמו הצדדים אינו פוטר את המעביד מחישוב פיצויי פיטורים, מסיבה כלשהי הקשורה בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), אזי מוסכם עלי כדלקמן:

(א) כל התשלומים שעשתה האוניברסיטה לפיצויים, לרבות כל הרווחים עליהם, יבואו על חשבון פיצויי פיטורים, אם אהיה זכאית להם על פי חוק פיצויי פיטורים.

(ב) אם מכוח סעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורים תישלל זכאותי לפיצויי פיטורים, ובמידה שתישלל, תוכל האוניברסיטה למשוך בחזרה את התשלומים שהפרישה לפיצויים, לרבות כל הרווחים עליהם, ולא אהיה זכאי לתשלומים אלה.

ד. ידוע לי כי בקשתי להסדר ביטוח פנסיוני כאמור לעיל תבוצע רק לאחר קבלת אישור אוניברסיטת חיפה על גבי טופס הצטרפות וקבלת אישור הקרן / חברת הביטוח הנוגעות בדבר.

- במידה וערכת עובד חדש לא תתקבל עד חודש לפני תחילת המינוי- תשוך לקרן הפנסיה מגדל מקפת בחודש הראשון לעבודתך.
- עובד שיחזיר טופס זה ללא בחירת אופציה רצויה, יבוטח בקרן הפנסיה מגדל מקפת.
- באם תהיה מעוניינת לעבור לאחר חודש מתחילת העסקתך לתוכנית פנסיונית אחרת- יש להעביר לאגף משאבי אנוש טופס הצטרפות לקופה בה בחרת.

שם העובד/ת: _____ ת.ה.: _____

חתימת העובד/ת: _____ תאריך: _____



בקשת הצטרפות לקרן הפנסיה מגדל מקפת אישית

טופס מספר **130**

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת		
שם החברה המנהלת	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
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידועה/ה בציבור
יישוב*	ת"ד	רחוב*	מס' בית*	מס' דירה	מיקוד	
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים	מספר טלפון נייד	מספר טלפון קווי	מעמד עמית*			
			<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> עצמאי באמצעות מעסיק			

פרטי בן/בת זוג				
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ

פרטי ילדים עד גיל 21				
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ

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

מסלול ביטוח בקרן		
<div>מסלולי הביטוח בקרן פנסיה נבדלים זה מזה בהיקף הכיסוי הביטוחי</div>	גיל הפרישה במסלול	שם מסלול הביטוח
	67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>	(1) מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי) - מסלול ברירת המחדל
	67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>	(2) מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לנכות יהיה נמוך מהכיסוי המירבי) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 47 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי)
	67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>	(3) מסלול ביטוח 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לנכות יהיה נמוך מהכיסוי המירבי) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי)
	67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>	(4) מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 40% לשאירים
	67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>	(5) מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 45 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי)
	67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>	(6) מסלול ביטוח 37.5% לנכות ו- 40% לשאירים
	60 <input type="checkbox"/>	(7) מסלול ביטוח פורשים עד גיל 60, 75% לנכות (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לנכות יהיה נמוך מהכיסוי המירבי) ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 49 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי)
	67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>	(8) מסלול ביטוח לבן נבחר עם מוגבלות
	67 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>	(9) מסלול ביטוח אישי ציין את שיעור הכיסוי לנכות ושיעור הכיסוי לשאירים מהמשכורת הקובעת - 75% <input type="checkbox"/> 62.5% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 37.5% <input type="checkbox"/> שיעור כיסוי ביטוחי לנכות: <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 62.5% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 37.5% <input type="checkbox"/> שיעור כיסוי ביטוחי לשאירים: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/>
שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי הביטוח המפורטים בטבלה, תבוטח במסלול הביטוח מסלול ביטוח 75% לנכות ו- 100% לשאירים (למעט גברים המצטרפים מגיל 41 ומעלה לגביהם הכיסוי לשאירים יהיה נמוך מהכיסוי המירבי) - מסלול ברירת המחדל.		



0010401300105010224

עמוד 1 מתוך 6 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1040 | חב 1



מסלול ביטוח בקרן - המשך

שם לב, הטבלה הבאה מיועדת אך ורק למילוי בבחירת מסלול ביטוח (8 לבן נבחר עם מוגבלות						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	קרבה	פרטי עם מוגבלות
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
רחוב	יישוב	מס' בית	מס' דירה	מיקוד	מספר טלפון	

יותר על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו עד 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח

☐ 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.

שים לב, בבחירה זו בוותר על כיסוי ביטוחי ינוכח דמי ביטוח בגין שמירה על תקופת אכשרה למקרה של חידוש הכיסוי הביטוחי, על מנת שבעת חידוש הכיסוי הביטוחי לא תתחיל תקופת אכשרה למקרה פטירה בת 5 שנים. ככל שהינך מעוניין כי עם חידוש הכיסוי הביטוחי לשאיירים (בן/בת זוג וילדים), תתחיל תקופת אכשרה למקרה פטירה בת 5 שנים, הינך מוזמן לפנות למוקד הלקוחות בחברה.

ידוע לי כי בחלוף שנתיים ממועד אישור הבקשה יחידש הכיסוי הביטוחי לשאיירים וינוכח 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.

יותר על כיסוי ביטוחי (עמית שגילו לפחות 60) - יש לצרף צילום תעודת זהות

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

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

בחירה באפשרות לקצבת נכות מתפתחת (סעיף שאינו חובה - לבחירת העמית)

☐ אני מבקש/ת להוסיף כיסוי ביטוחי נוסף לפיו אם אהיה זכאי/ת לקצבת נכות, תוגדל קצבת הנכות שתשולם לי בשיעור שנתי של 2%.

בחירה בביטול קצבת נכות כפולה (סעיף שאינו חובה - לבחירת העמית)

☐ אני מבקש/ת כי במקרה של זכאות לקצבת נכות, לא תשולם לי קצבת נכות עבור שני חודשי הקצבה הראשונים.

מסלול השקעה בקרן

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש:

רכיב תגמולים

סמן X	קוד מסלול	שם מסלול השקעה
<input type="checkbox"/>		מודל השקעות תלוי גיל (מודל ברירת המחדל למי שלא בחר מסלול השקעה) כספי המבטוח יושקעו במסלול השקעה לפי גיל המבטוח, 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 לגילן של המבטוח ועם הגיעו של המבטוח לגיל העליון במסלול, יועברו באופן אוטומטי למסלול ההשקעה הבא אחריו.
<input type="checkbox"/>	2142	מסלול מניות
<input type="checkbox"/>	13572	מסלול מחקה מדד S&P 500
<input type="checkbox"/>	2143	מסלול שקלי טווח קצר
<input type="checkbox"/>	2144	מסלול אג"ח
<input type="checkbox"/>	2112	מסלול הלכה
<input type="checkbox"/>	14242	מסלול משולב סחיר
<input type="checkbox"/>	14243	מסלול עוקב מדדים - גמיש
<input type="checkbox"/>	14929	מסלול פאסיבי - מדדי מניות
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 המבטוח וזאת גם אם גילו לא יתאים לטווח הגילים במסלול החל עליו.		
<input type="checkbox"/>	8801	לבני 50 ומטה
<input type="checkbox"/>	8802	לבני 50 עד 60
<input type="checkbox"/>	8803	לבני 60 ומעלה
<input type="checkbox"/>	2102	מסלול כללי - סגור למצטרפים חדשים. המסלול ניתן לבחירה עבור עמיתים, אשר המסלול האחרון המעודכן בקרן טרם חידושה, היה מסלול כללי.

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

רכיב פיצויים

שם מסלול השקעה	קוד מסלול	סמן X
מודל השקעות תלוי גיל (מודל ברירת המחדל למי שלא בחר מסלול השקעה) כספי המבטוח ויושקעו במסלול השקעה לפי גיל המבטוח, 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 לגילוי של המבטוח ועם הגיעו של המבטוח לגיל העלין במסלול, יועברו באופן אוטומטי למסלול ההשקעה הבא אחריו.		<input type="checkbox"/>
מסלול מניות	2142	<input type="checkbox"/>
מסלול מחקת מדד S&P 500	13572	<input type="checkbox"/>
מסלול שקלי טווח קצר	2143	<input type="checkbox"/>
מסלול אג"ח	2144	<input type="checkbox"/>
מסלול הלכה	2112	<input type="checkbox"/>
מסלול משולב סחיר	14242	<input type="checkbox"/>
מסלול עוקב מדדים - גמיש	14243	<input type="checkbox"/>
מסלול פאסיבי - מדדי מניות	14929	<input type="checkbox"/>
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 המבטוח וזאת גם אם גילו לא יתאים לטווח הגילים במסלול החל עליו.		
לבני 50 ומטה	8801	<input type="checkbox"/>
לבני 50 עד 60	8802	<input type="checkbox"/>
לבני 60 ומעלה	8803	<input type="checkbox"/>
מסלול כללי - סגור למצטרפים חדשים. המסלול ניתן לבחירה עבור עמיתים, אשר המסלול האחרון המעודכן בקרו טרם חידושה. היה מסלול כללי.	2102	<input type="checkbox"/>

**מסלולי ההשקעה בקרן
הפנסיה נבדלים ברמת
הסיכון והתשואה הצפויה
לכספיר המושקעים בקרן.**

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

במקרה שבו לא 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 המעסיק.

שים לב! העברת כספים מקופת גמל להשקעה לצורך הצטרפות לקרן הפנסיה, מיועדת אך ורק לצורך קבלת קצבת זקנה. במקרה זה, יחולו התנאים הבאים:

- אין משמעות לבחירת מסלול ההשקעה בקרן הפנסיה, גם אם סומן על ידך במועד ההצטרפות;
- אין זכאות לכיסוי ביטוחי בקרן הפנסיה, גם אם סומן על ידך במועד ההצטרפות;
- לאחר הצטרפותך לקרן הפנסיה לא ניתן יהיה לחזור מהבקשה לקבלת קצבת זקנה מקרן הפנסיה ובהתאם, אף לא תתאפשר הגשת בקשה למשיכה הונית של הכספים או בקשה להיוון כספים.

דמי ניהול בקרן הפנסיה

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

שים לב!

נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת:

<https://www.migdal.co.il/makefet/additional-regulation-pages>

ניתן לקבל מידע על העלות הכוללת הצפויה לשנה זו ביחס למסלולי ההשקעה השונים באמצעות המחשבון שבאתר האינטרנט של החברה בכתובת: <https://www.migdal.co.il/pension-funds/support/operating-fees>



שם	מספר זהות

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 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
		<input type="checkbox"/> חודשי

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)

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן הפנסיה שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.

☐ אני מסכים/ה לקבל מהחברה, ומחברות בקבוצה בה מנויה החברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.

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

חתימת
העמית

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמולא בפרטי העמית:

☐ הודעת טקסט (מסרון)

☐ דואר אלקטרוני

☐ דואר

לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, יישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין.

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

פרטי בעל הרשיון

שם סוכן	מס' בעל רישיון	מס' 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 אפטרופוס - (חובה ככל שאפטרופוס מעורב בתהליך)

☐ טופס בקשה להעברת כספים (טופס 455) - במקרה של בקשה להעביר כספים מקופת גמל אחרת

☐ תעודת זהות (במקרה של ויתור על כיסוי ביטוחי)

☐ בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

☐ לעמית המצטרף אגב נידוד מקופת גמל להשקעה לצורך קבלת קצבה - בקשת העמית לנידוד כספים מקופת הגמל להשקעה וכן, בקשת העמית לקבלת קצבה.

חתימת
העמית

חתימת
בעל רישיון

חתימת
אפטרופוס

תאריך

תאריך

תאריך



0010401300405010224

עמוד 4 מתוך 6 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1040 | חב 1

איך תדאגי/י לפנסיה שלך?

קרן הפנסיה שלך תעניק לך קצבה חודשית לאחר פרישה מעבודה, וכיסוי ביטוחי למקרה שלא תוכלי/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 תוכלי/י להמשיך לעבוד כתוצאה ממצב רפואי מתמשך, תוכלי/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.

- תוכלי/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 ולידע 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 מקרנות קודמות שצברת לאורך תקופת החיסכון ולהוזיל את עלויות הביטוח באמצעות העברת הכספים לקרן החדשה שלך.
- הפסקת הפקדות לקרן מבטלת את הכיסוי הביטוחי ולא תוכלי/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 ששישג 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".

דמי ניהול ממוצעים בקרן בשנת 2023	מסך החיסכון	מההפקדה החודשית
	0.17%	1.68%

שים/שימי לב!

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



General Approval of Employers' Contributions to a Pension and an Insurance Fund in Lieu of Severance Pay

Pursuant to Section 14 of the Severance Pay Act, 5723-1963 (hereinafter – the **Act**), I confirm that any payments made by an employer as of the date of publication of this approval into a comprehensive pension plan in a provident fund for non-insurance pensions within the scope of the Income Tax Regulations (Rules for approving and managing provident funds), 5724-1964 (hereinafter – the **Pension Fund**), or for managerial insurance that includes the possibility of an allowance in such an insurance fund (hereinafter – the **Insurance Fund**), including payments made by combining payments to a pension fund and an insurance fund (hereinafter – the employer's contributions will replace the severance pay due to the said employee in respect of the salary from which the said payments were made and for the period paid (hereinafter – **Salary of Dismissed**), provided that all of the following conditions are met:

1. . Employer's contributions:
 - a. The pension fund is not less than 14.33% of the dismissed salary or 12% of the dismissed salary if the employer pays for its employee, in addition to contributions to supplement severance pay to a Provident Fund or an insurance fund in the name of the employee at a rate of 2.33% of the dismissed salary. If the employer did not pay in addition to the 12% and the stated 2.33%, their contributions will only come from 72% of the employee's severance pay.
 - b. The insurance fund has not less than one of the following:
 - 1) 13.33% of the dismissed employee's salary, if the employer also pays for its employee's monthly income in the event of lost capacity to work, in a plan approved by the Commissioner of Capital Markets, Insurance and Savings at the Ministry of Finance, at the rate necessary to secure at least 75% of the dismissed employee's salary or at a rate of 5.2% of the dismissed employee's salary, whichever is lower (hereon: payment for loss of work capacity insurance).
 - 2) 11% of the dismissed employee's salary if the employer also contributed to loss of capacity to work insurance, in which case the employer's payments will come to only 72% of the employee's severance pay. Besides these, contributions to supplement severance pay to a provident fund for severance pay or an insurance fund in the name of the employee at a rate of 2.33% of the salary, the employer's contributions will come instead of 100% of the employee's severance pay.
2. No later than three months from the beginning of the implementation of the employer's payments, a written agreement is to be drawn up between the employer and the employee, in which:
 - a. The employee's consent to the agreement under this approval of the Form

detailing the employer's contributions and the pension and insurance funds, as the case may be. The said agreement will also include the wording of this approval.

- b. The employer's waiver in advance of any right they may have to reimbursement of funds from their contributions. This holds unless the employee's right to severance pay is denied in a judgment pursuant to Sections 16 or 17 of the Act and to the extent that it was revoked, or the employee withdrew funds from the Pension Fund or the Insurance Fund not due to a qualifying event. In this regard, a "Qualifying Event" is death, or disability, or retirement at sixty or more.
- c. This approval does not derogate from an employee's right to severance pay under the Act, a collective agreement, an extension order, or an employment contract, for wages over the dismissed wage."

15 Sivan 5758 (9 June 1998)

If a collective agreement is signed that applies to me and stipulates payment arrangements for the Provident Fund / Managerial Insurance / Pension Fund, severance pay will apply to the provisions of this agreement instead of the terms of the above general approval.

The employee's signature on this document constitutes an agreement on their part to an arrangement regarding the provision for a severance pay account in the provident funds as aforesaid instead of the payment of severance pay according to Section 14 of the Severance Pay Law.

Name of employee: _____ Signature: _____ Date: _____

Nonresident declaration

Re: My non-resident status for income tax purposes

In accordance with your request, I hereby declare that during the tax year _____ my "life center" is not in Israel (See below for details) and that I have not resided in Israel for more, than 183 days of this tax year, and as a result, I hereby declare that I am not a resident of Israel for income tax purposes, and therefore I ask to be regarded as a foreign resident, as far as income tax is conceded.

"Life center" – refers to the place of residence of the family, their house, belongings, the place containing the children's school, place of regular employment, financial assets, and the location of organizations and institutions participated in.

I am aware of the legal implications of any false statements made in this declaration.

I hereby declare that I am resident of _____ and that I report to the income tax authorities there all income that I receive.

Sincerely

Name _____

Address _____

Passport Number _____

Country Issuing Passport _____

Identity Number (If relevant) _____

University of Haifa

Please use this form for EFT (Electronic funds transfer) requests only

Please enter full details of the Guest Lecturer for EFT request + add a clear copy of the Passport:

Name of account holder _____ שם המקבל:
Name of the Bank _____ שם הבנק:
Bank Address _____ כתובת מלאה של הבנק:
Bank account _____ מס' חשבון:
Swift Code _____
Iban _____

For U.S.A accounts Only:

Routing number: _____

Kindly submit this form to the Salary Department, to Lena Tusov:
YTUSOV@UNIV.HAIFA.AC.IL

For guest lecturers from abroad who hold B1 work visas ONLY

Dear Lecturer,

In light of the university's decision to insure its guest lecturers from abroad who hold B1 work visas in Israel, we kindly request that you complete the insurance application forms and health declaration and return the forms to us as soon as possible, so that we can send them to the insurance company for approval. This benefit will be credited to the salary for tax purposes.

During your stay in Israel, you will be insured by Harel Insurance Company through its subsidiary, Harel Yedidim. Medical services will be provided to all guest lecturers through Clalit Health Services, the largest medical service system in Israel, at its clinics located in Haifa and throughout Israel.

The insurance will cover you during your stay in Israel. **If you plan to go on vacation or attend a conference abroad, please contact Harel Yedidim** at 03-6386216 or by e-mail: y.health@yedidim.co.il in order to arrange "Blue Passport" travel insurance.

The employee insurance complies with the requirements of the Foreign Workers Law, 1991 and the Foreign Workers Order. In addition, you may insure yourself with any other policy independently.

As noted, we request that you send the application forms to the inviting department as soon as possible.

*After receiving confirmation from the insurance company, we will send you the policy and instructions on what to do if you need medical attention. In addition, if you have any problem, you are invited to call the Harel Yedidim office – 03-6386216 or Ms. Einat Cohen of Harel Yedidim – 054-5297775.

**** If there is any change in your health condition between the time you sign the health declaration and the beginning of your actual employment, you are required to notify the insurance company.***

We wish you a productive and enjoyable stay in Israel.

Sincerely,

Human Resources Department

The Department of Academic Staff

הצעה לביטוח רפואי + SAFE STAY עובדים זרים בישראל

בכפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם

This form is intended for men and women alike. Please fill in this form fully and accurately

08/2020

Attn

Harel-Yedidim, Division for Overseas Visitors and Students
Beit M.A.H., 12 Hahilazon st, 8th Floor, Ramat Gan 5252276
Tel: 03-6386216 Fax: 03-6874534
Email: y_health@yedidim.co.il

לכבוד

הראל-ידידים מחלקת חו"ל וסטודנטים
בית מ.א.ה., החילזון 12 קומה 8 רמת גן 5252276
טלפון: 03-6386216 פקס: 03-6874534
דוא"ל: y_health@yedidim.co.il

Name of agent	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
Name of supervisor	שם המפקח	Proposal no.	מספר ההצעה

You must provide full and honest answers to every essential matter you are asked about and not doing so may have an impact on the payment of insurance benefits. The policy documents will be sent to your mobile phone number available to the Harel Company. If you wish to receive these documents by e-mail, you should fill in your e-mail address with the personal details. Alternatively, if you want to receive these document by Israel Post, please note this here

(the documents will be sent according to the most recent details that appear in our files at the time of sending).

עליך להשיב תשובה מלאה וכה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא את פרטי כתובת דוא"ל בפרטך האישיים לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן

העיסוק למענו הגעת לישראל			
Other industry / אחר <input type="checkbox"/>	Construction / בניין <input type="checkbox"/>	Agriculture / חקלאות <input type="checkbox"/>	Nursing care / סיעוד <input type="checkbox"/>

A Insurance applicant personal details				פרטי המועמד לביטוח	
First name שם פרטי	Middle name שם אמצעי	Last name שם משפחה	Passport No.	מס' דרכון	
Country of origin ארץ מוצא	Date of birth תאריך לידה	First date of insurance תאריך ראשון שבוטחת	Gender <input type="checkbox"/> Male זכר <input type="checkbox"/> Female נקבה		
The work for which you came to Israel העיסוק למענו הגעת לישראל	Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל	*Insurance period requested From To מתאריך עד תאריך			
Zip code מיקוד	Town עיר	House No. מס' בית	**Street רחוב		
E-mail for personal notifications and mailings דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		Cellphone No. מס' טלפון נייד	Telephone No. מס' טלפון		

*Note: The requested date does not bind the Company; the effective starting date of the insurance is as noted on the Insurance Details Page.

לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.

**I am aware and I agree that if I do not fill in an address, the address of the employer will serve the Company for sending notices and/or documents in any matter related to insurance. כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים.

B Details of previous insurance policies				פרטי ביטוח קודמים	
Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes אם היית מבוטח בהראל או בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number: אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:	
Insurance period From To	תקופת הביטוח עד תאריך	Company name שם החברה	Policy No. מס' פוליסה	Membership No. מס' חבר	



^dt33538

Health Condition Statement for Medical Insurance - Foreigners in Israel

Subject to the Health Insurance Proposal included, which is an inseparable part of the Health Condition Statement.

C Particulars of the Insurance Applicant

Passport No.	Last Name	First name	Date of birth	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
In this Health Statement you should answer the following questions by marking "✓" on the column of the appropriate answer. If the answer to any of the questions is "Yes" you have to attach an up-to-date certificate from the attending physician, addressing the stated problem, test results, the manner of treatment and the current status.					
Section A: General Questions				Yes	No
1.	Height in cm: Weight in kg:				
2.	<input type="checkbox"/> Do you use, or have you been using narcotics? <input type="checkbox"/> Do you drink, or have you been drinking alcoholic beverages regularly? Please specify the quantity of consumption: glasses per day.				
3.	During the last 10 years, have you been referred to any of the following examinations (other than as part of routine checkups) and not yet taken it, or not yet had a final diagnosis determined for you, such as: chronic illnesses, catheterization, bone mapping, echocardiography, MRI, CT, ultrasound (other than as part of routine prenatal care), biopsy, occult blood, colonoscopy or gastroscopy, autoimmune diseases including lupus (if "Yes", please submit a certificate from the attending physician, stating the reason for performing the examination, the examination outcomes and final diagnosis).				
4.	Are you now, or have you been sometime during the last 10 years, about to undergo a surgery / transplantation? Please describe in details:				
5.	During the last 10 years, have you been hospitalized? Please describe in details the reason for hospitalization and the treatment that you have received.				
6.	During the last 10 years, have you been taking, or have you received a recommendation to take, medications regularly? Please describe in details the problem for which you are treated / have been treated, the treatment, and for how long have you been taking the said medication?				
7.	Have you been diagnosed as suffering from any allergies? Please describe in details:				
Section B: Have you been diagnosed with any illness, syndrome, disorder related to one or more of the issues specified below:					
1.	<input type="checkbox"/> The nervous system <input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident (stroke) <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis <input type="checkbox"/> Muscular dystrophy or other atrophic disease <input type="checkbox"/> Reoccurring dizziness <input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> Balance disorders <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Parkinson's syndrome <input type="checkbox"/> Alzheimer's disease <input type="checkbox"/> Trembling <input type="checkbox"/> Mental retardation <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Down's syndrome <input type="checkbox"/> Cerebral palsy <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (infantile paralysis) <input type="checkbox"/> Gaucher's disease <input type="checkbox"/> Loss of sensation (numbness) <input type="checkbox"/> Attention deficit disorders <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Have you applied to a physician with complaints regarding declined memory (dementia) <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> HIV carrier <input type="checkbox"/> Lupus If the answer to one or more of the questions above is "Yes", please attach an up-to-date letter from the attending neurologist.				
2.	Eyes and vision: <input type="checkbox"/> Cataract <input type="checkbox"/> Retina and cornea problems <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Inflammations of the eye <input type="checkbox"/> Strabismus <input type="checkbox"/> Blindness Other eye disease / problem: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:				
3.	Heart: <input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmias <input type="checkbox"/> Heart disease <input type="checkbox"/> Heart failure <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Congenital heart defect <input type="checkbox"/> Catheterization <input type="checkbox"/> Heart valve diseases, other heart disease / problem: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:				
4.	Blood vessels: <input type="checkbox"/> Varicose vein (in the veins of the legs) <input type="checkbox"/> Carotid artery (in the arteries of the neck) <input type="checkbox"/> Coagulation disorders <input type="checkbox"/> Blood disease DVT (Thrombosis) <input type="checkbox"/> PVD (Peripheral Vascular Disease), other vascular disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:				

StudioHarel 27/6/20 08/2020



^dt33539

C Particulars of the Insurance Applicant

Section B: Have you been diagnosed with any illness, syndrome, disorder related to one or more of the issues specified below:		Yes	No
5.	Metabolic diseases: <input type="checkbox"/> Thyroid gland <input type="checkbox"/> Lymph node <input type="checkbox"/> Salivary gland <input type="checkbox"/> Sweat gland <input type="checkbox"/> Pituitary gland <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> High levels of fats / cholesterol, other metabolic disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
6.	Respiratory system: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> COPD (chronic obstructive pulmonary disease) <input type="checkbox"/> Hay fever <input type="checkbox"/> Recurrent respiratory infections and Shortness of breath <input type="checkbox"/> Collapsed lung (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis Other respiratory system disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
7.	Digestive system: <input type="checkbox"/> Ulcer (duodenum / gastric) <input type="checkbox"/> Heartburn <input type="checkbox"/> Crohn's disease <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Hemorrhoids <input type="checkbox"/> Fissure / Fistula <input type="checkbox"/> Bowel obstruction <input type="checkbox"/> Pancreatic diseases / infections <input type="checkbox"/> Esophagus <input type="checkbox"/> Gallbladder <input type="checkbox"/> Gall-bladder stones Other digestive system disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
8.	Liver: <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Hepatitis B, C, D <input type="checkbox"/> Fatty liver <input type="checkbox"/> Cirrhosis, other digestive system disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
9.	Hernia: Location of the hernia: In the diaphragm / in the navel / in the right groin / in the left groin Have you undergone a surgery to treat the hernia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, when (date)? Is the problem solved? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
10.	Kidney and urinary tract: <input type="checkbox"/> Recurrent infections <input type="checkbox"/> Kidney and urinary stones <input type="checkbox"/> Kidney cysts <input type="checkbox"/> Anomalies of urinary tract <input type="checkbox"/> Renal failure, other kidney and urinary tract disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
11.	Joints and bones: <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Gout <input type="checkbox"/> Back / spine <input type="checkbox"/> Joints <input type="checkbox"/> Knees Other joints and bones disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
12.	Skin and sex diseases: <input type="checkbox"/> Skin tumors <input type="checkbox"/> Skin lesions <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Sexually transmitted diseases <input type="checkbox"/> Syphilis Other skin and sex diseases disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
13.	Malignant tumors / diseases (cancer).		
14.	For women: <input type="checkbox"/> Breasts (including breast enlargement) <input type="checkbox"/> Gynecological system, disease / other feminine problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify: <input type="checkbox"/> Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Have you undergone a cesarean delivery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify when (date):		
15.	For men: <input type="checkbox"/> Prostate problems <input type="checkbox"/> Varicocele / Hydrocele Other masculine disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		
16.	Mental illnesses: Mental illness that was diagnosed by a psychologist, psychiatrist or family physician.		
17.	Nose, ear and throat diseases: <input type="checkbox"/> Sleep apnea syndrome <input type="checkbox"/> Nasal polyp <input type="checkbox"/> Sinusitis Other nose, ear and throat disease / problem <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, if "Yes" please specify:		

Please provide details:

.....

.....

D Statement of insurance candidate

1. I hereby declare that all the answers are correct, complete and given of my own free will.
2. The answers specified on the Health Statement and any other information to be provided to the insurer as well as the insurer's commonly accepted terms and conditions for this purpose shall serve as essential stipulations of the insurance contract between you and the insurer and shall be inseparable part thereof.
3. The insurer may decide to either except or reject the application without having to justify its standpoint. For your information, the insurance contract enters into force only after the insurer issues a written confirmation on admission of the insured for insurance and after the initial insurance premiums are paid in full. This precondition of full payment of the initial insurance premiums shall not apply if the insurer receives means of payment through which the insurance premium can be collected.
4. The information included in this document is essential for your joining the policy and for all other intents and purposes pertaining to the policies and the handling thereof. The Company and other companies of the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) and / or anyone on their behalf will use the said information, including the processing, storage and use thereof for any purpose pertaining to the policies and other legitimate purposes, even by delivery of the said information to third parties operating on behalf of the Harel Group.
5. Has any insurance company ever dismissed or canceled your health insurance application? ☐ No ☐ Yes, if "Yes" please specify: Specify

The Insurance Candidate has signed this Health Condition Statement Form after having received an explanation of its content in a language in which he / she is fluent.

Date Signature of Insurance Candidate Signature of witness

E Confirmation of admission terms and conditions

I give my consent, in advance, that as far as it becomes clear, during the underwriting process concerning me, that in order to produce the requested Insurance Policy, the underwriting terms and conditions set out below are required to be stipulated within the Insurance Policy which will be issued for me as applicable, then:

No coverage will be provided for an Insurance Event related to:

.....
Date Name Passport No. Signature

F Information for the Insurance Candidate**מידע למועמד לביטוח**

1. בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח ניתן להאריך את תקופת הביטוח ברצף, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין התקופה שבין סיום תקופת הביטוח לבין הארכת הביטוח וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום.
2. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.



1. According to the terms of the Policy, in the period of 90 days from the date of termination of the insurance period, it is possible to extend the insurance period continuously, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and extension of the insurance, provided that you continue to work as a foreign worker. After the passage of 90 days from the date of termination of the insurance period, new inclusion in the Policy will involve an underwriting procedure.
2. Insofar as you are a person with disabilities, as defined in the Equal Rights for Persons with Disabilities Law, 5748 - 1998, that is, "a person with a physical, mental or intellectual, including cognitive impairment, whether permanent or temporary, which significantly limits his functioning in one or more of the central spheres of life," please notify us of this through your insurance agent, whose details appear at the beginning of this proposal.

- אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/החברה/הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. (א) אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה. (ב) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח**
באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות. בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.
- הליך הצטרפות:** הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח. אם נדרשים להמשיך התהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור המועמד לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור המועמד לביטוח.
- (א) אני מסמך את סוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום וההליך ההצטרפות לפוליסה זו. (ב) אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. (ג) במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל בכל עת, בטלפון *הראל (2735).
- הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרות לקבל פרטים מלאים עליהן.

6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- | כן | לא |
|----|----|
| | |
- (א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.
- (ב) הרני להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.
- מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.

7. ויתור על סודיות רפואית: אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש** למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצובני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך:	שם המועמד לביטוח:	חתימה: 
עד לחתימה (סוכן הביטוח):		
תאריך:	שם:	ת"ז:
מס' רישיון:	חתימה: 	חותמת:

1. I, the undersigned, hereby request of Harel Insurance Company Ltd. (herein: "the Insurer/Company/Harel") to insure me based on the said in this proposal.
- (a) Although it is not legally required that you provide some of the information requested in this document, the information is essential to adding you to the policies and handling matters related to them. The information will be collected, maintained and processed by the Company and other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) and third parties that operate for them and/or on their behalf will use them for the purpose of handling the policy and for other legitimate purposes, including actuary calculations. Additional details can be found in the privacy policy on the Company website.
- (b) I hereby declare that all the answers are correct and complete and have been provided of my own free will.
- (c) The answers specified in the Health Declaration and any other information provided to the Company, as well as the customary terms of the Company regarding this matter shall serve as fundamental terms of the insurance contract between you and the Company and shall constitute an integral part thereof.
2. **Beneficiaries in case of death**
You may appoint beneficiaries, using the form "Application for update / Change of beneficiaries in case of death". In the absence of beneficiary appointment, the amounts will be paid to the legal heirs under the law, according to inheritance or probate order.
3. **Procedure of Joining:** The company is permitted to decide whether to accept or deny the proposal. For your information, the insurance contract will become effective only after the Company issues written confirmation of acceptance of the candidate for insurance. If further processing requires the clarification of terms, underwriting and acceptance for insurance, the policy shall not be issued for the insurance candidate and shall not become effective until completion of the procedures for the insurance candidate.
4. (a) I authorize my insurance agent for the policy, whose details appear at the beginning of this proposal, to submit to Harel and to receive from Harel in my name and for me all notices and/or documents related to the process of underwriting and the process of joining this policy.
- (b) I agree that the insurance policy of the insurance plans requested in this proposal be delivered to me by means of the agent whose details appear at the beginning of this proposal.
- (c) If you wish to receive the policy and/or the information in the framework of the underwriting procedure and the procedure of joining this policy directly, as well, you may contact Harel at any time, by phoning Harel (*2735).
5. I hereby confirm that I received essential information regarding the insurance, which included, at the very least, a description of the main elements of the coverage, the insurance premium, the insurance period, the main insurance amounts and the main limitations of liability, and regarding my possibility of obtaining full details about them.

6. **Agreement to Use of Information and Receipt of Advertising Material** no yes

(a) Do you agree, beyond the requirements of the law or agreement, that the information included in this document, as well as additional information about you that is or will be possessed by other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) will be used by the Harel Group and/or anyone on their behalf, including for any matter related to the other products and services of the companies in the Harel Group (in the field of insurance, long-term savings and finances) and in their marketing, including allowing the said companies to inform you of products and services, and also for the purpose of handling other policies and/or insurance products, long-term savings and financing that you hold, processing and storing the information, and also for additional uses associated with the above-said uses and required in order to complete them, and for other related legitimate purposes, including by means of transferring the information to third parties acting on behalf of and in the name of the Harel Group.

(b) We hereby inform you that there is a possibility that you will receive from the Company or from other companies in the Harel Group to which your details are provided (insofar as you consented to providing them with your details), marketing offers and advertising materials about products and services of the company and/or the companies in the Harel Group, as relevant, by means of fax, email, an automatic dialing system or short message service (SMS) texts.
If you do not agree to receive marketing offers and advertising material as said, you may inform us of your refusal or change a previous choice at any time using the "Refusal of Advertising and Marketing Offers Form" which is available on the Company website at www.hrl.co.il/pirsum or by contacting us in writing at the address: Harel Building, Health Division, Personal Overseas and Foreign Resident Health Division, 3 Aba Hillel, POB 1951, Ramat Gan 5211802, or by calling: 03-7547777.
Additional information about the privacy policy of the institutional bodies of the Harel Group is found on the Group website at www.harel-group.co.il

7. **Waiver of medical confidentiality:** I, the undersigned, hereby give permission to the HMO (kupat holim) and/or its medical institutions and/or the IDF and also to all the other physicians and psychiatrists, medical institutions and other hospitals, the National Security Council (Malal) and/or the Ministry of Defense and/or any other insurance company and/or any other institution and party, insofar as necessary in order to examine the rights and obligations according to the policy and/or for the purpose of the procedure of examining my acceptance for the insurance requested, to provide Harel with all the information and details held by the company, without exception, in the form requested by the Requester, regarding my health condition/s, any disease that I have suffered from in the past and/or that I suffer now and/or that I will suffer in the future, and I relieve you of the duty to maintain medical confidentiality and waive confidentiality in favor of the "Requester." This waiver is binding of my estate and legal representatives and anyone who comes in my place. This waiver shall also apply to my minor children.

Date..... Name of insurance Candidat..... Signature 

Witness to the signature (the insurance agent):

Date..... Name..... I.D.....

License no. Signature  Stamp

H Details of policyholder / present employer פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי H

Name of Employer / Policyholder שם	ID number מס' ת.ז.	Telephone No. מס' טלפון
E-mail for receipt of notices, information and mailings דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	Address of Employer כתובת	Cellphone No. מס' טלפון נייד

ט	<p style="text-align: center;">אישור המועמד לביטוח לפעילות סוכן</p> <p>הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב' _____, לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבטוח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.</p> <p>חתימת המועמד לביטוח: _____</p> <p>לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.</p> <p>I hereby permit my insurance agent for the Policy, Mr/Ms _____, to handle on my behalf and for me all matters related to this claim, including submitting to Harel and receiving from Harel on my behalf and for me all correspondence and/or documents related to a claim, including details of the policies under which I am insured by Harel that are not necessarily policies for which the insurance agent to whom I assign power of attorney in this consent of mine is the handling agent, and to serve as my representative for all intents and purposes related to this claim.</p> <p>Signature of the Insurance Candidate _____</p> <p>For your information, copies of the correspondence and/or the documents related to the claim will in any case be sent to the your insurance agent for the Policy.</p>
----------	---

י	<p style="text-align: center;">ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח</p> <p>רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניין כי נעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.</p> <p><input type="checkbox"/> בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח: בחתימתי מטה אני מאשר שאינני מעוניין שתעבירו את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לרשות שוק ההון. ידוע לי כי אי העברת הנתונים בהתאם לבקשתי תמנע ממני לראות באתר האינטרנט המאובטח של רשות שוק ההון נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנהלים בחברתכם.</p> <p>The Capital Market Authority has created a secured internet website which enables you to view in a concentrated manner your insurance products from all insurance companies in Israel, thus based on data we deliver to them. If you do not wish for us to deliver the data, you must contact our company. If you do not wish for us to deliver your information to the Capital Market Authority as aforementioned, you can sign the request below not to deliver the information, or fill out the correct form at the company's website www.harel-group.co.il. Be advised, failure to deliver the information will prevent you from viewing on the secured website all of your insurance products from all insurance companies in Israel in a concentrated manner. You have the option of signing below a request not to deliver the information. Please note that when filed, the request to remove information as aforementioned will apply to current as well as future policies. Therefore, if you have announced in the past that you do not wish for information to be delivered, then information will as well not be delivered vis-à-vis this policy.</p> <p><input type="checkbox"/> Request to remove information from the internet interface for locating insurance products: with my signature below, I hereby confirm that I do not wish for you to deliver the information regarding my insurance products managed by your company to the Capital Market Authority. I am aware that failure to deliver the information as per my request will prevent me from viewing on the Capital Market Authority's secured website information regarding my insurance products being managed by your company.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">חתימה / Signature</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">מספר זהות / ID no.</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">שם המועמד לביטוח / Name of insurance applicant</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">תאריך / Date</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: bottom;">_____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>מבטוח ראשי / Primary insured</p>	חתימה / Signature	מספר זהות / ID no.	שם המועמד לביטוח / Name of insurance applicant	תאריך / Date	_____			
חתימה / Signature	מספר זהות / ID no.	שם המועמד לביטוח / Name of insurance applicant	תאריך / Date						


יא	<p style="text-align: center;">הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)</p> <p>הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו:</p> <p>אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה בררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.</p> <p>תאריך: _____ שם הסוכן: _____ חתימת הסוכן: _____</p> <p>Agent's Statement of Compliance with Instructions of the Insurance Commissioner's Circular on the Matter of Joining an Insurance Plan: I confirm that in the process of selling the products specified in this Form of Joining, I complied with all the instructions of the Commissioner of Insurance in the Matter of Joining an Insurance Plan, and specifically, I inquired about the needs of the candidates, I proposed insurance and/or additional coverage, a rider or a service letter to the existing insurance policy that meet/s his/her/their needs and I gave him/her/them</p> <p>Date _____ Name of agent _____ Signature of agent _____</p>
-----------	--

יב	<p style="text-align: center;">חישוב דמי ביטוח</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">עלות יומית ב-ש</td> <td style="width: 25%;">מס' ימים לביטוח</td> <td style="width: 25%;">הנחה %</td> <td style="width: 25%;">סה"כ דמי ביטוח ב-ש</td> </tr> <tr> <td>Daily cost in ₪</td> <td>No. of days covered by the insurance</td> <td>Discounts %</td> <td>Total insurance premium in ₪</td> </tr> </table>	עלות יומית ב-ש	מס' ימים לביטוח	הנחה %	סה"כ דמי ביטוח ב-ש	Daily cost in ₪	No. of days covered by the insurance	Discounts %	Total insurance premium in ₪
עלות יומית ב-ש	מס' ימים לביטוח	הנחה %	סה"כ דמי ביטוח ב-ש						
Daily cost in ₪	No. of days covered by the insurance	Discounts %	Total insurance premium in ₪						

טופס הצעה זה נחתם בידי המועמד לביטוח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.
The Insurance Candidate signed this Proposal Form after its content had been explained to him in a language he understands.

חתימת המעסיק	<p>חתימת המעסיק</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">חתימת המעסיק</td> <td style="width: 33%;">שם המעסיק</td> <td style="width: 33%;">תאריך</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: bottom;">_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	חתימת המעסיק	שם המעסיק	תאריך	_____		
חתימת המעסיק	שם המעסיק	תאריך					

חתימת המועמד לביטוח	<p>חתימת המועמד לביטוח</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">חתימה</td> <td style="width: 33%;">שם המועמד לביטוח</td> <td style="width: 33%;">תאריך</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: bottom;">_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	חתימה	שם המועמד לביטוח	תאריך	_____		
חתימה	שם המועמד לביטוח	תאריך					

M		תשלום באמצעות כרטיס אשראי				יג
Payment by credit card - Collection dates according to the arrangement of the Insured/Payer with the credit card company		מועדי הגבייה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי				
You can pay in several installments according to the insurance period:		ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:				
No. of days	מס' ימים	1-90	91-180	181-240	241-365	
No. of payments	מס' תשלומים	1	2	4	6	
Insurance applicant personal details		פרטי המועמד לביטוח				
Last name	שם משפחה	First name	שם פרטי	Passport No.	מספר דרכון	
Provision of credit card holder		פרטי המשלם				
ID number	מס' ת.ז.	First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה	
Exp. date	בתוקף עד	Card No.	מס' כרטיס			
Cellphone No.	מס' טלפון נייד	Zip Code	מיקוד	Town	יישוב	
Email		דוא"ל				
<p>לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.</p> <p>ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר.</p> <p>היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה.</p> <p>הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.</p>						
<p>For your information, the means of payment will be used to pay the insurance fees for all those insured under the policy/ies. The amounts and dates of charges will be according to the Company's determination, according to the terms of payment of the insurance policy/ies and the changes made to them from time to time. If a refund of insurance fees is made, the refund will be made to this means of payment, unless the Company decides to make the refund to another means of payment.</p> <p>If the policy/ies is/are renewed, the credit card will be charged according to the charges that arise from the renewed policy/ies.</p> <p>This permission will also hold for charging a card that bears a different number that is issued as a replacement for the card whose number is noted on this form.</p>						
		<div> <div>חתימת בעל כרטיס האשראי / Signature of the credit card holder</div> <div>תאריך / Date</div> </div>				



33543

To: Human Resources Division **Declaration of Disability**

The University of Haifa promotes **diverse employment** and an adequate representation of people with specific needs among its employees, including people living with disabilities. This declaration form enables you to declare that you have a disability and apply for assistance if necessary.

The information in this Form is intended solely to promote the appropriate representation of people with disabilities among the University's employees. An employee is not obligated to declare their disability if they do not wish to do so. In any case, if an employee declares their disability, the information will be kept completely confidential.

A **person with disabilities** is defined by the Equal Rights for People with Disabilities Law as a person with a **physical, mental, or intellectual disability**, including cognitive, permanent, or temporary, due to which their functioning is substantially limited in one or more of the main life areas.

Examples of Disabilities: Physical disability, mental/cognitive disability, visual/hearing disability, diagnosed learning/attention deficit disorders, chronic illness (diabetes/arthritis/muscular dystrophy), disability because of cancer/heart event/stroke.

Mark the statement that is appropriate for you (you can mark more than one statement).

- ☐ I define myself as a person with a disability as defined by law.
- ☐ I have a disability of 40% or more that is recognized by the National Insurance Institute / Ministry of Defense / Income Tax / Ministry of Health.
- ☐ I have undergone vocational rehabilitation for job placement by the National Insurance Institute / the Ministry of Welfare / the Ministry of Health / the Ministry of Defense.
- ☐ I am an IDF disabled [veteran].
- ☐ Emergency evacuation assistance:
Due to the disability, I need assistance in evacuation in case of emergency.

Adjustments:

- ☐ I wish to be contacted regarding work adjustments due to my disability.

Please fill in your contact information _____

Given name: _____ Surname: _____ ID: _____

Unit: _____ Signature: _____ Date: _____

You can send to Ms. Hava Weidenfeld from the Human Resources Division, who is responsible for Diversity Employment:

At fax: 048240479 (2479), email: weve@univ.haifa.ac.il or internal mail.

מספר הנוהל: 17 - 20 בתוקף מתאריך: 01 באוגוסט 2019 מהדורה: 3 עמוד 1 מתוך 1	אוניברסיטת חיפה נוהלי האוניברסיטה	 אוניברסיטת חיפה UNIVERSITY OF HAIFA جامعة حيفا
מאושר: סגן נשיא ומנכ"ל	נוהל הזמנה ואירוח של מרצים וחוקרים מחו"ל	

נספח ג' - טופס – בקשה לתשלום שכר לאורח מחו"ל

אל: יחידת שכר

חלק א' – ימולא על ידי מבקש תשלום שכר לאורח

שם מגיש הבקשה: _____ תפקיד: _____
 שם היחידה: _____ טלפון פנימי: _____
 מבקש לבצע תשלום לאורח מחו"ל בהתאם למפורט להלן:
 שם האורח מחו"ל: _____ מס' עובד: _____
 כתובת אורח בחו"ל: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מטרת הביקור (הוראה/ הרצאה/מחקר)	תאריך הגעה ועזיבה של האורח מ- עד-
סכום לתשלום ברוטו (בש"ח *)	ביקורים בישראל בשנתיים האחרונות (הכוונה היא לא דווקא בהקשר לאוניברסיטה) במידה וכן לכמה זמן		

העברת תשלום מבוקשת באמצעות: ☐ המחאה במט"ח ☐ המחאה בשקלים

☐ תשלום חד פעמי - העברה בנקאית במט"ח בהתאם לפרטי הבנק (נא לציין מטבע)
 עמלות בנק המוטב: על חשבון המוטב/על חשבון האוניברסיטה (מחק את המיותר).

במידה וסומן העברה בנקאית **יש לדאוג לצרף את פרטי הבנק הבאים חתומים ע"י האורח:**

ACCOUNT NAME , BANK NAME, BANK'S ADDRESS, ROUTING NUMBER (USA), ACCOUNT NUMBER
 , SWIFT CODE / BIC, IBAN (EUROPE).

זכאות להפרשות סוציאליות :

קרן פנסיה ☐ כן ☐ לא

קרן השתלמות ☐ כן ☐ לא (לסגל בכיר)

_____ חתימה:

_____ / _____ / _____ תאריך:

Guidelines Regarding Employee Safety

The Regulations of the Labor Inspection Organization (Provision of Information and Training of Employees), 5759-1999, establish directives regarding the provision of up-to-date information to an employee concerning risks in the workplace, as well as providing up-to-date instructions for the safe use, operation, and maintenance of equipment, materials, and work processes.

This booklet is intended to draw your attention to safety risks you may be exposed to while on the University premises.

You are requested to read this instruction booklet carefully and observe the health and safety rules. Please note that these directives are basic guidelines only and do not replace additional instructions that the University publishes or that will be published in the future. Likewise, these guidelines do not replace or substitute any previously published or future safety-related laws or regulations.

General Safety Directives

Medical examinations

- As part of the process of your appointment by the University, you will be asked to fill out a "Health Declaration" Form. Filling out the Form is mandatory.
- Later in your work at the University, you may be directed to carry out periodic examinations if you are engaged in a type of work that requires these examinations.
- You must arrive to perform the tests at the place and time to be determined.
- If your position requires contact with various chemicals, it is imperative that you use personal protective equipment, including gloves of the type appropriate for that work.

Environmental Quality

- Smoking – Smoking on the University grounds is prohibited except for areas that have been so designated and marked. Avoid smoking and if you are still a smoker, make sure to carefully put out the cigarette only in those places where smoking is allowed.
- Do not dispose of cigarette butts in baskets and trash cans.

First Aid

- Rule: First aid to an injured person shall be provided only by a person who has been trained and authorized to do so. Unprofessional treatment can be dangerous.
- If you are injured during your work, immediately contact the University infirmary located in the main building on the 500 floor, Room 520. Phone: 52237.

- If a foreign body has entered your eye/s – do not try to take it out on your own. Your eyes are too precious for you to rely on unprofessional help.
- If a chemical has entered your eyes – rinse with water for at least 15 minutes and seek treatment.
- If your colleague is injured – don't be unnerved – immediately call a qualified person with first aid experience.

Malfunctions or safety hazards

- If you discover a malfunction, safety hazard or immediate risk (such as fluid leaks, gas leak smell, smoke, fire, breakage, etc.), stop what you are doing and report immediately to your supervisor or the 57000 hotline from any landline phone on campus or to 04-8280700.
- Provide event details and exact location.
- Ensure your message has been received and the hazard has been removed.
- Avoid blocking passageways, emergency exits, and fire stations. Make sure others do the same.

Electricity

- An electrical appliance or electrical installation is not safe if improperly used. Leave repair work to a qualified electrician, avoid improvised electrical arrangements, and do not attempt repairs if you are unqualified.
- The DIY rule does not apply to electricity. If your electrical appliance is out of order, disconnect it immediately from the electrical current, notify your supervisor, and hand it over for repair. This is especially true for portable electric appliances (drills, grinders, etc.). Make sure that the connectors and insulation are in good condition.
- Place electric cords so that they do not become an obstacle to the movement of people or equipment.
- If you notice a breakage, crack, or defect in the tool, stop your work and notify the supervisor.
- If you feel an electrical shock, immediately stop using the appliance and disconnect it from the electric current.
- Do not perform electrical work – replacing light bulbs, repairing outlets or plugs, etc., unless you are a certified and approved electrician.

Fire

- A fire can spread quickly and become extremely dangerous.
- Put out cigarette butts and place them in the ashtray only when they are completely extinguished.
- Familiarize yourself with the location of fire-extinguishing equipment and how they are operated. Make sure access to the fire-extinguishing equipment is not blocked.
- Fire extinguishing is to be carried out with fire extinguishers marked with the appropriate signs. Do not extinguish with water as it can be dangerous.
- Make sure you know the location of emergency exits and those of the emergency circuit breakers in case of fire in your work area.
- Fire-extinguishing equipment is intended for emergency use only. Do not use

fire-extinguishing equipment except for its intended purpose.

Workplace accidents

- In the event of an accident in the workplace, it is essential that you notify your supervisor (in their absence, a colleague) and the safety center at 57000 from any landline phone on campus or 04-8280700.
- Immediate reporting will enable:
 - * Providing the necessary help.
 - * Eliminating hazards.
 - * Investigating the circumstances and drawing conclusions.

After handling the accident, contact the Human Resources Division:

Ms. Ronit Richker, at the Academic Faculty, Academic Rights Coordinator, Tel. 52881, 04-8240881.

Ms. Ilana Glutman Assaf, Administrative Faculty, Head of the Placement and Employment Department, by phone: 53184, 04-8249184 Carmit Levy Mashiach, Hourly Employment; Coordinator of Hourly Employment and Attendance, by phone: 52849, 04-8240849 to file a claim for recognizing a hazard.

Working with a computer

- Adjust chair height. Your feet should be placed in a flat and stable position on the floor or footrest.
- There should not be too much pressure on the underside of your thighs, close to your knees, or on the calves of your legs. Your thighs should be as horizontal as possible.
- If it is possible to adjust the seat inclination angle, try different ones. You may need a smaller seat if there is pressure on the hips or calves of your legs.
- Adjust the height of the backrest so that your lower back is supported. Your buttocks should sit comfortably in the space between the lower edge of the backrest and the seat.
- Adjust the angle of the backrest to suit you and your work. A slight leaning back of your posture may be the most comfortable. Try to avoid leaning forward.
- Consider your shoulders: Are they low and free? If not, you might need to adjust the table or chair height and obtain a footrest.
- Consider your elbows: Are they loose on your sides? If not, you may need to learn a relaxation technique. If the armrests are too high, remove them. If the backrest is too wide, replace it.
- Bring yourself closer to your workstation. Make sure that the keyboard is positioned at a comfortable height. Your arms should be perpendicular and your forearms horizontal. If necessary, adjust the table height. Your wrists should be straight.
- Adjust the keyboard location. It should not be too far away (or your arms will be outstretched). A 50 mm gap between the desk and keyboard can be helpful for wrist placement. If your desk has a fixed height, you might [not] be able to get comfortable for your legs, shoulders, elbows, and wrists simultaneously. If

that is the case, get a footrest.

- Adjust the position of your monitor. The eye and monitor distance must be comfortable (it varies from person to person between 45-80 cm). Similarly, check the viewing angle. A 20° downward viewing angle to the Center of the screen is reasonable.
- What do you look at most often? What type of work do you do? Do you only look at the page, only at the monitor, or equally at both? The answer to this question will help you decide where to place the monitor and page in relation to each other. Put the item you look at more often directly in front of your eyes.
- For your safety, check the cables on your workstation.
- Check for reflections on your monitor.

**(Taken from the booklet “How to Use Your Computer Safely”
published by the Ministry of Health)**

At the end of your workday

- Lock your equipment and tools.
- Switch off lights.
- Disconnect machines, devices, and other equipment connected to the energy sources (computer, electricity, air-conditioners, etc.).

Additional general directives:

- It is the employee's responsibility to inform another person (night watchman or employee in another room) if they are working alone.
- Do not work in a locked room.

Safety Guidelines for Employees Employed in Technical and Laboratory Positions

These guidelines are general guidelines only. You should also request more focused training according to your work.

Personal safety equipment

- Be very careful to use personal protective equipment following safety instructions when working with various tools or materials. If there is a shortage of a particular protective device, contact the supervisor and get what is required.
- Protect your eyes with goggles when grinding, welding, engraving, and cleaning with pressurized air.
- When using acids, adhesives, and chemicals, protect your eyes and face with a face shield or mask, your hands with gloves, and your body with an apron.
- When working in noisy conditions, always use earplugs or protectors to protect your ears while working or being in a noisy area.
- In ironworking, transporting and carrying heavy materials, maintenance, and places where there is a danger to feet, one must be protected with proper steel toe boots.

Behavior

- Do not work in an area with a risk factor when you are tired, upset, or sick. Concentrate on your work, and do not allow yourself or your colleagues to be distracted. A distraction can cause an accident.
- Remove tools and equipment from passageways/aisles – they can cause accidents.
- Behave toward your colleagues with care and courtesy – a tension-free atmosphere prevents accidents.
- Keep the University and your workstation clean, and avoid dumping waste outside designated locations.
- Do not perform another employee's work without the authority and qualification to do so. You may endanger yourself and those around you.

Walking

- Be careful of open pits that have not been adequately fenced off. Inform the security and safety unit about hazards.
- Do not pass over equipment or pallets placed on the floor.
- Do not pass under a raised load or a loaded crane.
- Do not walk or stand between vehicles, a forklift, or the wall.
- If you notice an obstacle: tools, rods, rollers, rags, etc., move them away and place them where they will not be an obstacle and cause an accident.
- Shortcuts are always dangerous. Always use the designated paths even though they sometimes seem longer.
- Stay away from unfamiliar places where you are not required to be.

- Stay away from places where welding and grinding work is carried out; from areas that produce sparks, dust, chips, etc.; from places where work is carried out in general, and especially near construction work.

Tools – Machinery and equipment

- Do not operate a machine, apparatus, tool, or process until you know the operating and safety instructions and are authorized to operate them.
- Hammers or chisels with mushroomed striking heads may shoot off fragments and endanger your eyes.
- A broken tool handle (hammer, screwdriver, file) can cause injury.
- Files, screwdrivers, etc., without a handle, can cause injury.
- The widened jaws of wrenches may slip and cause an injury.
- Do not use.
 - A file as a lever or its end as a reamer/borer.
 - A wrong-size wrench on a bolt.
 - Pipe to lengthen a wrench handle.
 - Dull cutting tools that may slip.
 - Hold tools in holsters or toolboxes. Do not hold them in pockets or pants belt.
 - Keep proper tools. If required, hand them over for repair or replacement.

Ladders – High work

- Work at height will be carried out by an employee authorized to do so and with the appropriate personal safety and protective equipment, including a protective cap with a chin strap.
- Always use ladders and scaffolds that are in proper order.
- Avoid climbing up on chairs, pipes, tables, and other improvisations.
- When ascending and descending a ladder, always do so facing the ladder.
- Lean on the ladder at the appropriate angle and make sure it is not prone to slipping. If necessary, enlist the aid of another employee.

Lifting and carrying loads

- If you need to lift an object, do so correctly: Bend your legs and use your leg muscles rather than your back muscles.
- Lift a load only according to your strength. Ask for help or use the auxiliary lifting equipment at your disposal if necessary.
- Lift a load in such a way that it is always in sight.
- Do not overload lifting equipment beyond the sign showing its permissible workload.
- Stay away from places where loads are being lifted if you have no connection with the work.
- Protect your hands with gloves and your feet with safety shoes.
- When lifting with an accessory (chain, cable, etc.), ensure that the accessory is intact and properly fastened.
- Do not operate a lifting device if you are not authorized to do so, and make sure you are familiar with its operational and safety instructions.

- Any lifting or carrying of materials shall be done slowly and carefully while considering the load, the surroundings, and other people in the area.

Machines

- You may be in a position where you work with machines. Machines can be your best friend or worst enemy; it is up to you. Working without safety shields is putting yourself at risk.
- Do not work or operate a tool or machine with an unmounted shield.
- Never disassemble a shield from a machine. Such dismantling will be done by an employee authorized to do so after the machine has been shut down and disconnected from an energy source (electricity, air, etc.).
- Stay focused on your work, and avoid distractions.
- Do not operate a machine or facility if you are not authorized to do so or if there is a concern that you do not know how to operate it.

Hot work and working with flammables

- Do not perform hot work (welding, cutting, and soldering) except according to Safety Procedure 07-17.
- When carrying out work using thinners, flammable gases, acetone, etc., you must exercise caution when placing containers, connecting them to systems, closing them after use, and preventing leaks and spills.

Behavior During an Emergency

Suspicious object

- Immediately notify the Security and Safety Center by emergency phone number **57000** or external: **04-8280700**.
- Keep people away.
- Prevent gatherings by placing guides.

Fire

- If the automatic alarm was not activated:
- Push the nearest alarm button.
- Immediately notify the Security and Safety Center by emergency phone number **57000** or external: **04-8280700**.
- Try to put out the fire with the help of other people and fire-extinguishing equipment.
- Order building occupants and visitors to evacuate the building and go to a meeting point.
- Evacuate the building at your discretion or on the orders of the evacuation trustees, emergency teams, or fire departments.

Evacuating the injured

- Call a clinic orderly (ext. 52237, 52703).
- Call an ambulance if required (external phone 101).
- Eye injuries are admitted to Rambam Hospital every day of the week.
- Casualties in a mild condition are accepted at the “Lynn” Clinic, Accident Department, every day of the week.

Evacuating the building

- In case of fire or earthquake, **do not use the elevators**.
- When an evacuation order is given: Turn off the lights, disconnect electrical appliances, and close room windows and doors.
- Escape via the recognized escape routes quickly but carefully – assisted by guide signs.
- Keep to the right side of the stairs when descending to enable emergency teams to ascend.
- Do not re-enter the building to find missing people! Notify security personnel of missing people.
- Follow the instructions given by evacuation trustees and emergency teams.
- When you leave the building, report to the regular meeting point or at a point according to the directions of the guides.

Entry into and behavior in shelters

- The order to enter shelters will be transmitted through the Civil Defense's siren system or other means.

When you hear the alarm try to:

- Switch off lights.
- Disconnect appliances from electric current.
- Close water and gas valves.

Upon receipt of notification to enter the shelters:

- Enter the nearest shelter quickly and carefully.
- Allow your colleagues to enter the shelter.
- Avoid making noise.
- Do not smoke inside the shelter.
- Follow the instructions from evacuation deputies and emergency teams, and assist them in doing their job.

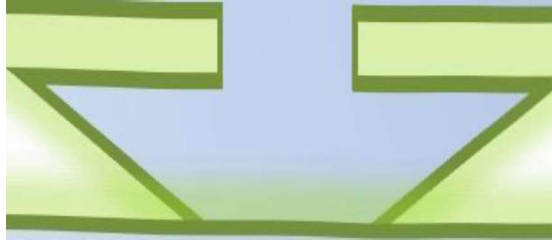
<i>Building Name</i>	<i>Shelter Location</i>
Eshkol Tower	The southern staircase serves as a protected space, and on Floor 500 of the main building
Main Building	<p>Floor 500:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Both sides of the cafeteria – Synagogue near the Tower entrance – Tunnel parking lot, an inner portion (away from the entrance) <p>Library:</p> <p>Protected space/Shelter in the Office and Collections Wing</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inner staircase in the old library
Madrega Building	On the lower floor – gym and Hall B.
The Multi-purpose building	Basement floor – shelters 29, 30 and 6
Rabin Building	In protected spaces/shelters found on every floor and in parking lots in their inner sections (away from the entrance)
Education Faculty and Jacobs Buildings	Shelters are on Floor 1
Dormitories	<p>Federman</p> <p>In this structure, the most protected spaces in descending order of protection, the most protected spaces are:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Synagogue and laundry 2. Stairwell (not on the top floor and not in front of the entrance doorway) 3. Lower floor parking lot but not near the entrances <p>Talya</p> <p>Each apartment has a protected space</p>
The Arts Center	Protected space/Shelter on each floor and on mezzanine floors
Student House	Protected space/Shelter on each floor
<u>Health & Welfare</u>	Protected space/Shelter on each floor
Dilan Campus	<p>Protected spaces/Shelters</p> <p>Entrance floor, Room 014</p> <p>1st floor, Room 108 (computers)</p>
Port Campus	Protected space/Shelter on each floor

Guidelines for a Workplace Accident

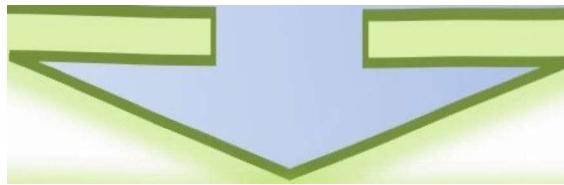
A work accident is an accident that affects a faculty member during or on the way to or from work or a professional illness (according to the National Insurance Law, 5728-1968).

In the event of a work accident, the faculty member will go to a clinic or hospital, as needed, with a referral form (NII 250) received from the University infirmary or the Security Division.

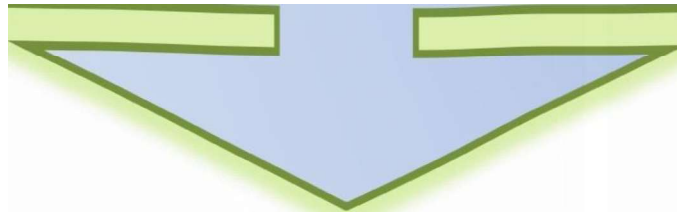
The faculty member must receive from the medical service to which they applied; a medical certificate entitled "First medical certificate for the injured at work."



The faculty member must inform the supervisor/unit and the Department of Academic Faculty about the accident



After returning to work, the faculty member interested in submitting a claim to the National Insurance Institute should contact Ronit Richker at the Department for Academic Faculty, telephone: 04-8240881 or email: rrichker@univ.haifa.ac.il for assistance in filling out and submitting a claim to the National Insurance Institute (NII 211)



The claim form will be sent to the National Insurance Institute, which will examine the claim and determine whether it will be recognized as a work accident.

Treatment will continue upon receipt of the reply from the National Insurance Institute

Important Information

<i>Agency</i>	<i>Telephones</i>
University Infirmary	52237
Security & Safety Departments	52340, 52360
Safety Department Manager	52360, 23405
Main Building Manager	52243
Social Sciences Building Manager	53515
Education, Jacobs and Health & Welfare Buildings Manager	58230
Madrega and Multi-Purpose Building Manager	52595
Dylan Campus – Shift supervisor	052-8666425
Port Campus – Shift supervisor	052-6178277
Construction and Maintenance Division Center	58000
Operation Division	53267
Senior on-call person (after 16:00)	52360
Switchboard	52111
Human Resources Division – in the event of a work accident	58707, 52884 52879, 52883
Police	100
Magen David Adom	101
Firefighters	102
Carmel Hospital	04-8250111
Rambam Hospital	04-8359359
Bnei Zion Hospital	04-8543111

Safety Guidelines – Academic Faculty Reading Affirmation Form

Regulations of the Labor Supervision Organization (Provision of Information and Training of Employees), 5759-1999, establishes provisions regarding the provision of up-to-date information to the employee; regarding risks in the workplace, as well as the provision of up-to-date instructions for the use, operation and safe maintenance of equipment, materials, and work processes.

This booklet is intended to draw your attention to safety risks to which you may be exposed while on the University premises.

You are requested to read this instruction booklet carefully and observe the health and safety rules.

You are requested to fill out this Form and return it to the Human Resources Division

To: Human Resources Division

I hereby confirm that I have read and understood the safety instructions customary at the University of Haifa.

I hereby undertake to act in accordance with these directives, or any other directives that will be given to me later.

Given name: _____ Surname: _____

ID: _____

Position: _____

Faculty / Unit: _____

Employee's signature: _____

Date: _____

Copies: Safety Officer