

## **Teaching Fellow**

**For your convenience, attached are the forms necessary for your details to be captured on the computerized Human Resources system for academic appointments.**

**Filling out the kit and signing all the forms are conditions for taking up employment.**

**Employment cannot begin until the full kit is returned to the Department.**

**The kit must be returned with:**

1. A photocopy of your passport.
2. Certificates of education.
3. Health Insurance.
4. A Photocopy of your ID card from the country of origin.

**Please fill out the following forms and return them to the employing unit:**

- ☐ Personal questionnaire
- ☐ Consent form
- ☐ Confidentiality agreement
- ☐ Declaration of commitment
- ☐ Commitment form for the use by the University's ICT resources
- ☐ General approval of employers' contributions to a pension and an insurance fund in lieu of severance pay
- ☐ Application for a pension insurance arrangement
- ☐ Joining an Advanced Study Fund
- ☐ Declaration Form for the prevention and handling of sexual harassment and harassment complaints
- ☐ Disability Declaration Form – optional
- ☐ Confirmation of having read safety guidelines
- ☐ Nonresident declaration + נספח ג'

## **Tax adjustment**

If you are employed at an additional place of employment besides the University of Haifa, you must submit a tax adjustment to the Payroll Department. For details, please contact the Payroll Department by phone at: 04-8240404, 04-8240853.

**We are at your service at any time by phone at 52596 (external 04-8240596) or by email: [ishlenez@univ.haifa.ac.il](mailto:ishlenez@univ.haifa.ac.il)**

## מידע לעמית הוראה

עמית הוראה הוא כל מי שהמוסד מבקש להעסיק בשירותו כעובד בתפקידי הוראה, תרגול והדרכה אקדמיים, שהכנסתו השנתית מעבודה, שלא ממשרה אקדמית ממוסד כלשהו להשכלה גבוהה בישראל, כשכיר ו/או מעסק ו/או ממשלח יד ו/או מקצבה ממעביד או מקרן פנסיה (להלן בסעיף זה "הכנסה"), אינה עולה על "ההכנסה השנתית המרבית" כפי שמוגדרת בהסכם הקיבוצי ובהתאם להצהרתו בדבר "הכנסה".

### דרגות העסקה

דרגה	השכלה	שכר חודשי ברוטו (*) למשרה מלאה
עמית הוראה 1	בעל תואר ראשון	6,453.85 ₪ למשרה מלאה
עמית הוראה א'	בעל תואר שני	10,139.03 ₪ למשרה מלאה
עמית הוראה ב'	בעל תואר ד"ר	11,936.49 ₪ למשרה מלאה

התעריף מתעדכן על-פי טבלאות השכר של ועדת השכר שליד ועד ראשי האוניברסיטאות.

(\*) לא כולל וותק.  
(\*\*) שעת הוראה פרונטאלית הכוללת את תוספת הזמן הנדרש לביצוע כל הפעילויות הנלוות להוראה כמו: ייעוץ לתלמידים, שעות קבלה, בדיקת עבודה ותרגילים, הכנת שאלוני בחינה, נוכחות בבחינה (מועד א', מועד ב' ואם יקבעו מועדים נוספים), השלמת שיעורים, השתתפות בפגישות תאום, זמן הכנה וביטול זמן גם כאשר פעולות אלה תתבצענה לפני ו/או אחרי תקופת המינוי. כל זאת בהקשר לשנת הלימודים הרלוונטית.

**היקף העסקה** - משרה מלאה של עמית הוראה תהיה בת 27.5 שעות בשבוע (משקלה של כל שעת הוראה יהיה 2.75 שעות ומשקלה של שעת מעבדה או הדרכה יחידנית יהיה 2 שעות). משרה מלאה תעמוד אפוא על 10 שעות שבועיות של הוראה ו/או תרגול פרונטאליים וביצוע כל המטלות הנלוות לפי קביעת הרשויות האקדמיות של המוסד.  
מי שעונה להגדרת עמית הוראה וכל עוד הינו עונה להגדרה זו, יהיה זכאי בתמורה לביצוע עבודתו, למינוי של עמית הוראה עד למשרה מלאה. העסקה העולה על משרה מלאה תהיה במינוי של מורה מן החוץ.

### תקופות המינוי

**סמסטר א':** מיום 01.10.2025 ועד 31.03.2026 (6 חודשים)  
**סמסטר ב': (המשך לסמסטר ב')** מיום 01.04.2026 ועד 30.09.2026 (6 חודשים)  
**סמסטר ב'2: (תחילת עבודה)** מיום 01.03.2026 ועד 31.08.2026 (6 חודשים)  
**סמסטר קיץ:** מיום 01.07.2026 ועד 30.09.2026 (3 חודשים)

### פירוט זכויות:

א. **הסדר פנסיוני** - עמית הוראה זכאים להפרשות וניכויים לקרן פנסיה מקיפה (להלן "קרן פנסיה"), או כל הסדר פנסיוני אחר בהתאם לבחירת העובד. להלן פירוט ההפרשות:

שיעורי הפנסיה נכון ליום זה הינם:  
7.5% הפרשות המעסיק לתגמולים  
7% הפרשות העובד לתגמולים  
8.33% הפרשות המעסיק לפיצויי פיטורין

התשלומים המפורטים לעיל יבואו במקום 100% פיצויי פיטורים לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, תשכ"ג - 1963. האוניברסיטה מוותרת מראש על כל זכות שיכולה להיות לה להחזר הכספים מתוך תשלומיה במסגרת ההסדר הפנסיוני המפורט לעיל, למעט בנסיבות המפורטות באישור הכללי.

הפרשות במסגרת ההסדר הפנסיוני כאמור לעיל יהיו בגין היקף שאינו עולה על 100% משרה.  
עמית הוראה יהיו רשאים לוותר, בכתב, על הסדר ההפרשות והניכויים להסדר פנסיוני על פי השיעורים הנ"ל.  
במקרים אלו תפריש האוניברסיטה לקרן הפנסיה על פי שיעורי צו ההרחבה לביטוח פנסיוני מקיף במשק לפי חוק הסכמים קיבוציים התשי"ז 1957, שנחתם ביום 30.12.2007.

לתשומת ליבך, בתקופה בה אין לך זכאות לשכר מאוניברסיטת חיפה, אין הפרשות פנסיוניות. במידה וברצונך לשמור על רציפות זכויות בקרן הפנסיה יש לפנות לקרן בה הינך מבוטח.

ב. **קרן השתלמות** - הפרשות וניכויים לקרן השתלמות בתקופת המינוי. התשלום החודשי של האוניברסיטה לקרן יהיה בשיעור של 7.5% מהמשכורת, חלקו של עמית הוראה יהיה 2.5% מהמשכורת. עמיתי הוראה יהיו רשאים לוותר, בכתב, על הסדר ההפרשות והניכויים לקרן השתלמות. הפרשות לקרן השתלמות כאמור לעיל יהיו בגין היקף שאינו עולה על 100% משרה.

לתשומת לבך, ניתן בכל עת לבחור או לעבור לתוכנית ביטוח פנסיוני או קרן השתלמות אחרת בכפוף להוראות הדין וצו ההרחבה. לשם כך, ניתן לפנות בדוא"ל לרבעה שקולניק מאגף משאבי אנוש: [rshoknic@univ.haifa.ac.il](mailto:rshoknic@univ.haifa.ac.il)

ג. **וותק** - תוספת וותק הינה עפ"י תאריכי קבלת תואר ראשון ושני, שנות שירות חובה בצה"ל/שירות לאומי. התוספת משולמת לפי שנות וותק מוכרות, תוספת שקלית קבועה לכל שנת וותק. עבור תואר ראשון - תשלום 1 שנת וותק עבור כל שנה מתאריך הזכאות לתואר. עבור תואר שני - תשלום תוספת של חצי שנת וותק עבור כל שנה מתאריך הזכאות לתואר השני. לצורך קבלת תוספת הוותק יש להמציא למחלקה לסגל אקדמי באגף משאבי אנוש צילום תעודות לתואר ראשון, תואר שני ותעודת שחרור מצה"ל/שירות לאומי (למי שטרם המציא). במידה והשכלתך הינה מחו"ל, עליך להמציא אישור שקילות לתואר מהגוף להערכת תארים במשרד החינוך. **תשלום הוותק מותנה בהמצאת התעודות לאגף משאבי אנוש. עובד שלא יגיש תעודות עד סוף שנה"ל לא יוכל לקבל את תוספת הוותק עבור אותה שנה. אין ביצוע תשלומים רטרואקטיביים.**

ד. **דמי הבראה** - עפ"י חוזרי הממונה על השכר והסכמי העבודה במשרד האוצר.

ה. **החזר הוצאות נסיעה** - זכאות להחזר הוצאות נסיעה כהחזר חודשי בתקופת המינוי, על פי חישוב תעריפי נסיעות "חופשי יומי" בתחבורה ציבורית, ובכל מקרה החזר לחודש לא יעלה על שווי כרטיס "חופשי חודשי". לתשומת הלב, עובדים המתגוררים במעונות הסטודנטים בתקופת המינוי יהיו זכאים להחזר הוצאות נסיעה בסופי שבוע בלבד ממעונות הסטודנטים של אוניברסיטת חיפה למקום המגורים וחזרה לפי תעריף תחבורה ציבורית. לביטולים ניתן לפנות למחלקת שכר בטלפון: 04-8288001. \*לכל כתב מינוי מצורף טופס נסיעות שיש למלא בגין כל תקופת המינוי ולהעבירו ליחידת השכר באמצעות פקס: 04-8240038 או דוא"ל [SALARY-NES@UNIV.HAIFA.AC.IL](mailto:SALARY-NES@UNIV.HAIFA.AC.IL). **לא תשלום זה לא ישולמו החזרי נסיעות.**

ו. **תקציב קשרי מדע** - בהתאם לתעריפים ולכללים הקבועים בהסכמים המחייבים בין המוסדות להשכלה הגבוהה לבין ארגוני הסגל האקדמי הזוטר. לפרטים ניתן לפנות למזכירות הפקולטה לצורך העברת הבקשה.

ז. **שבתון - עמית הוראה ב' בלבד** שיתמנה למשרה במסלול סגל אקדמי בכיר באוניברסיטת חיפה, תובא בחשבון, רק לצורך זכאותו לשבתון כחבר סגל אקדמי בכיר, תקופת העסקתו כעמית הוראה ב', שתקנה לו זכות צבירה שאינה עולה על 4 חודשי שבתון (לפי 2 חודשי שבתון לכל שנה ובכפוף לחלקיות משרתו).

ח. **דמי אבטחה** - עמיתי הוראה שהם סטודנטים באוניברסיטת חיפה יהיו פטורים מדמי אבטחה. הזכאות תתבצע באופן אוטומטי לאחר אישור המינוי במערכת והסדרת הרישום ללימודים לשנה הנוכחית. לשאלות נוספות יש לפנות לגב' **אירה שלמנזן** באמצעות הדוא"ל: [ishlmenz@univ.haifa.ac.il](mailto:ishlmenz@univ.haifa.ac.il)

ט. **פטור משכר-לימוד** - עמיתי הוראה שהינם סטודנטים לתואר שלישי, באוניברסיטת חיפה ומועסקים בתוכניות חוץ תקציביות, תוכניות שבתקציב סגור או מותנה וסמסטר קיץ, יקבלו פטור מלא משכ"ל וזאת על-פי בדיקת הרשות ללימודים מתקדמים. הזכאות תתבצע באופן אוטומטי לאחר אישור המינוי במערכת והסדרת הרישום ללימודים לשנה הנוכחית. לשאלות ניתן לפנות לאגף משאבי אנוש, בדוא"ל לגב' אירה שלמנזן: [ishlmenz@univ.haifa.ac.il](mailto:ishlmenz@univ.haifa.ac.il)

**עמית הוראה שקיבל פטור משכר לימוד ופטור מדמי אבטחה מאוניברסיטת חיפה לא יוכל לדרוש החזר כספי בגינם מכל מקור אחר.**

- י. **תווית חניה** - על מנת להסדיר תווית חניה יש לפנות לאגף ביטחון ובטיחות להנפקת תווית חניה (יש צורך להצטייד בהצגת רישיון נהיגה ורישיון רכב). לחבר/ת סגל ישנה זכאות לפטור מלא מתשלום עבור תווית חנייה. מידע נוסף ניתן למצוא [באתר אגף הביטחון והבטיחות](#), טל': 04-8240360, 04-8240340
- יא. **כרטיס עובד/ת** - עם קבלת כתב המינוי, ניתן לגשת לבית הדפוס ולהנפיק כרטיס עובד/ת במפעל שיכפול, קומה 0, בחניון במגדל אשכול. הכרטיס יימסר במקום.
- יב. **שירותי ספרייה ומחשוב** - לעובדים במינוי סמסטריאלי או חצי שנתי, תינתן הארכה של שירותי ספרייה ומחשוב לשנה. בעת השאלת ספרים שלא בתקופת המינוי, ניתן לפנות למחלקת השאלה בספרייה או לחוג להסדרת הנושא.
- יג. **חופשה שנתית** - בהתאם לחוק חופשה שנתית תשי"א - 1951. חופשה זו אינה ניתנת לצבירה או פדיון ויש לנצל חופשה זו בתקופת הפגרה מלימודים שבתוך תקופת המינוי ובכפוף לאישור ראש החוג. יום המנוחה השבועי הינו שבת.
- יד. **דמי מחלה** - זכאות ל 1.5 ימי מחלה בחודש בהתאם לאישורים רפואיים (סה"כ מכסה של 18 ימי מחלה מצטברים בשנה). זכות הצבירה המקסימאלית של ימי מחלה היא עד 90 יום. ימי מחלה שלא נוצלו אינם ניתנים לפדיון. על העובד למסור למעסיק הודעה על כך שהוא שווה בחופשת מחלה, ומה התקופה המשוערת שבה לא יהיה מסוגל לעבוד, בתוך 3 ימים מהיום הראשון להיעדרותו.
- טו. **שירותי מילואים** - עובד/ת המשרת/ת במילואים ביום עבודה רגיל, וביצע/ה את שירות המילואים מעבר לשעות העבודה, או בימי המנוחה השבועית שלו/ה ו/או בחופשתו/ה, ישולמו הן שכר עבודה והן תגמולי מילואים. לשם כך יש להעביר למחלקת שכר לידי **גב' דורית גורציג** במייל: [dgorceag@univ.haifa.ac.il](mailto:dgorceag@univ.haifa.ac.il) <https://hr.haifa.ac.il> וכן, אישור על ביצוע שירות המילואים (טופס 3010 המקורי), בכפוף להוראות החוק.
- טז. **תקופת לידה והורות** - על עובדת בהריון לדווח לחוג ולמשאבי אנוש על הריונה עד לחודש החמישי. עם הלידה יש להעביר הודעה ליחידה עם העתק לאגף משאבי אנוש, על תאריך הלידה. התביעה לדמי לידה מביטוח לאומי תתבצע באופן אוטומטי על ידי מחלקת שכר. **חל איסור מוחלט על עבודה בתקופת הלידה וההורות**. במקרה שבו בני זוג מעוניינים לפצל ביניהם את תקופת הלידה וההורות או לצאת במקביל לתקופת לידה והורות על פי התקופה שנקבעה בחוק, יש לפנות לאגף משאבי אנוש לקבלת פרטים.
- יז. **שינוי פרטים אישיים** - יש לדווח באמצעות הפורטל על שינויים בפרטיך האישיים כגון: שינוי סטטוס משפחתי, העתקת מקום מגורים, שינוי פרטי בנק וכו'. לצורך העדכון יש להכנס לאתר האוניברסיטה: סגל ומינהל < [יישומי סגל \(פורטל\)](#) < טפסים ודיווחים. לפרטים ותמיכה יש לפנות למוקד תמיכה בטלפון שמספרו: 04-8240609.
- יח. **ארגון עובדים** - ארגון הסגל האקדמי הזוטר מייצג את עמיתי ההוראה. לידיעתך דמי חבר בארגון הינם בגובה 0.9% משכרך. במידה ואינך רוצה להיות חבר בארגון עליך לפנות למזכירות הארגון בטל' פנימי 52575 ולבקש זאת. במקרה זה ינוכה משכרך 0.7% ולא תהיה זכאי לייצוג הארגון.
- מכתב זה מהווה הודעה על תנאי עבודה על פי חוק הודעה לעובד (תנאי עבודה). אין באמור בכדי לגרוע מכל זכות המוקנית לעובד מכוח כל דין, צו הרחבה, הסכם קיבוצי או חוזה עבודה.
- תנאי העסקה אלו הינם בהתאם להסכמים הקיבוציים המחייבים בין המוסדות להשכלה גבוהה ובין ארגוני הסגל האקדמי הזוטר באוניברסיטאות.
- לבירורים ניתן לפנות למחלקה לסגל אקדמי באגף משאבי אנוש, לגב' אירה שלמנזון, אחראית תחום סגל אקדמי זוטר ממונה על סגל אקדמי זוטר, מדריכים ומורים מאמנים בדוא"ל: [ishlemen@univ.haifa.ac.il](mailto:ishlemen@univ.haifa.ac.il) או בטלפון: 04-8240596



## Personal Information of Research Student

To be filled in by the department - ימולא ע"י היחידה	
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
		1. Foreign resident 2. Temporary Resident 3. Tourist	<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> _____

### Status

Single	Married	Divorced	Widow/er
	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.

<b>Other places of work in Israel - during the period of you are working at the University of Haifa</b>	
<input type="checkbox"/> not 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

### **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

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: \_\_\_\_\_

**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

### **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: \_\_\_\_\_

To  
Migdal Makefet Pension and Provident Funds Ltd.  
4 Efal st. Petach-Tikwa

**Re: Joining the Pension Fund Makefet Ishit and/or Makefet Complementary**

I, \_\_\_\_\_, holder of Passport No. \_\_\_\_\_, the undersigned, ask to be accepted as an insured to the Pension Fund Makefet Ishit and/or Makefet Complementary (henceforth, "the Fund" or "the Pension Fund") managed by Migdal Makefet Pension and Provident Funds Ltd. (henceforth, " Migdal Makefet"). If I am accepted as an insured to the Pension Fund: -

1. I hereby undertake to follow the pension fund regulations effective from time to time, the managing company's resolutions, procedures and instructions.
2. I am aware and agree that any financial settlement regarding my rights in the Fund vis-à-vis the managing company and the Fund, including in respect of survivors / beneficiaries entitled to payment in my respect after I die, if any, will take place in the State of Israel and in New Israel Shekels (NIS) only.
3. I am aware and agree that the address for sending notices from the Fund / managing company, including reports required pursuant to the legislative arrangement provisions will only be in Israel. I hereby undertake to notify you of any change of address, if any.
4. I am aware and agree that in case of claim for disability annuity, the Company / Fund is entitled to conduct tests on its own behalf / Medical Committee behalf, by the Company doctor and/or any other doctor / expert / medical institute with whom the managing company / Fund works, wherever the Company / Fund is accustomed to conduct such tests, as mentioned, in the State of Israel only.
5. I am aware and agree that any legal litigation, if any, shall take place in Israeli Courts only, subject to the legislative arrangement applied to the State of Israel.
6. I hereby declare that I have and will have no claims and/or arguments against you and/or against the Fund and/or anyone on their behalf, which is directly or indirectly involved in such execution, and if there are any, I hereby unconditionally and absolutely waive them.
7. If and when a claim is filed by anyone against the Fund and/or against Migdal Makefet and/or anyone acting in their name and/or on their behalf not as aforementioned, I hereby unconditionally and absolutely undertake to immediately reimburse you any sum ruled against you either via a Court ruling or compromise settlement, including any payable sum in their respect, such as attorney fees, Court expenses, interest and linkage differences and any other payments, upon first written demand.
8. I am signing this letter by my own free good will, after reading it and understanding its content.

**This day, \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

**Confirmation**

I confirm that on [date], [agent name and license number] appeared before me in my office located at [address], Mr. / Mrs. \_\_\_\_\_ whom I identified by his/her Passport No. \_\_\_\_\_, and s/he confirmed that s/he understood the content of this document, signed it in my presence.

\_\_\_\_\_  
**Agent name**

\_\_\_\_\_  
**Agent signature**

## **Application for deposit into an Advanced Study Fund**

I am employed at the University of Haifa by an appointment that entitles me to an Advanced Study Fund.

1. According to the Supervision of Financial Services (Provident Funds) Act, 5765-2005, I can choose the study fund to which I wish to belong.

Therefore, I request as follows (check X next to the appropriate option):

- ☐ To join the “Menorah Mivtachim” Advanced Study Fund for the University of Haifa employees. For more information and clarification regarding the existing tracks, contact the company’s representative, Mr. Doron Zicherman, at 050.3179489 or via email: [doronz@newmivt.co.il](mailto:doronz@newmivt.co.il)
- ☐ Join another Advanced Study Fund: Subject to your approval.  
**(It is mandatory to attach a join-up form for the requested fund)**  
\* Without receiving a sign-up form, depositing into the requested advanced study fund will not be possible.

2. I am aware that my request, as stated above, will be made only after receiving the approval of the University of Haifa on the sign-up form and obtaining the consent of the relevant fund/insurance company.
3. I am aware that the monthly deduction and contribution to the advanced study fund, which I wish to join, will be made under the deduction and allowance rate as customary at the University of Haifa from time to time.
4. I hereby declare, agree and undertake that, following your response to my request, I, and my representatives, will not have any claims, demands or claims against the University of Haifa, its employees, managers or successors or those acting on its behalf and/or in its name.

**Name of employee:** \_\_\_\_\_ **ID:** \_\_\_\_\_.

**Employee’s signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Employees who return this Form without selecting a desired option will be insured by the default “Menorah Mivtachim” fund.**

**It is the responsibility of the employee to inspect the pay slip for the implementation of those contributions to the requested advanced study fund.**

## **Declaration Form for Accepting the Prevention and Treatment of Sexual Harassment and Harassment Complaints Code**

The University of Haifa strives to provide a safe and respectful workplace and learning environment in which there is no sexual harassment or further harassment resulting from the filing of a complaint of sexual harassment.

For this purpose, a Code of Conduct has been drafted, a copy of which is attached to the provided appointment kit. The Code of Conduct is also published in the University's policies on CampusNet, and on the website of the University of Haifa's Commission for the Prevention of Sexual Harassment.

As part of your university appointment process, you are required to read the Code and sign to indicate your acceptance of its provisions upon appointment.

**Below is the Code for the Prevention and Handling of Sexual Harassment and Harassment Complaints:** <https://www.haifa.ac.il/t22z>

I hereby confirm that I have received and read the directives of the Code of Conduct for the Prevention and Treatment of Sexual Harassment and Harassment Complaints attached to the appointment kit.

I hereby undertake to act under the directives of this Code of Conduct.

I, the undersigned, \_\_\_\_\_, Passport \_\_\_\_\_, hereby declare and undertake that I have read the Code of Conduct for the Prevention and Handling of Sexual Harassment and Harassment Complaints at the University of Haifa.

.....  
Signature

.....  
Date:

### **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](mailto:weve@univ.haifa.ac.il) or internal mail.

## ***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.

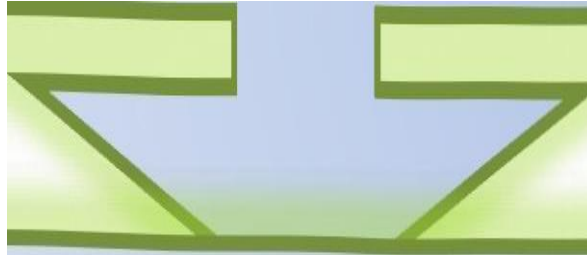
<i>Building Name</i>	<i>Shelter Location</i>
<b>Eshkol Tower</b>	The southern staircase serves as a protected space, and on Floor 500 of the main building
<b>Main Building</b>	<p>Floor 500:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Both sides of the cafeteria</li> <li>– Synagogue near the Tower entrance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

## ***Guidelines for a Workplace Accident***

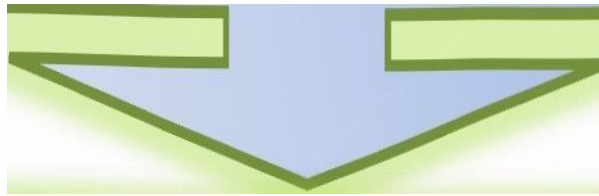
*A work accident is an accident that affects a faculty member during or on the way to or from work or a professional illness (according to the National Insurance Law, 5728-1968).*

*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.*

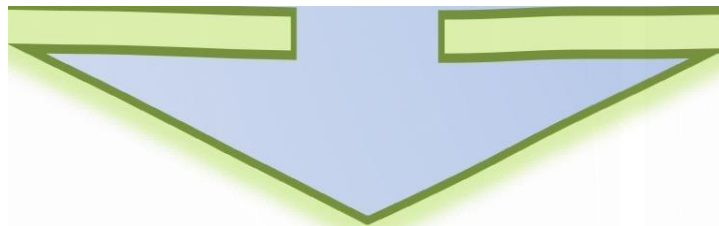
*The faculty member must receive from the medical service to which they applied; a medical certificate entitled “First medical certificate for the injured at work.”*



**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: [r richker@univ.haifa.ac.il](mailto:r richker@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

## 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) \_\_\_\_\_

מספר הנוהל: 17 - 20 בתוקף מתאריך: 01 באוגוסט 2019 מהדורה: 3 עמוד 1 מתוך 1	<b>אוניברסיטת חיפה</b> <b>נוהלי האוניברסיטה</b>	
מאשר: סגן נשיא ומנכ"ל	<b>נוהל הזמנה ואירוח של מרצים וחוקרים מחו"ל</b>	

**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: \_\_\_\_\_

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

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:

נוהל זה תקף ומבוקר רק בגרסתו במחשב, בתיקיית נהלי האוניברסיטה בפורטל הארגוני



אישור קבלת מבוטח חדש בעל דרכון זר

טופס מספר 2902

א. פרטי המבוטח				
שם המבוטח	מספר דרכון	מדינת מוצא	תאריך לידה	כתובת מגורים בישראל (אם יש)
נשוי	בן/בת זוג ישראלי/ת	קופת חולים בארץ		
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	במידה וכן, שם קופת החולים: _____ תאריך הצטרפות לקופ"ח: _____		
שם איש קשר בארץ (שם פרטי + משפחה)		מספר זהות	כתובת	
פרטי קשר נוספים בארץ (מעסיק/בן משפחה המתגורר בישראל וכו')		זיקה לארץ (יש לציין את מהות הקשר לארץ)	מועד תחילת מגורים בישראל	
שם מעסיק		תפקיד המבוטח אצל המעסיק		צפי משך השהיה בארץ

ב. פרטי הבקשה				
סוג ביטוח:	ריסק	בלמ"ש	בריאות	קרן פנסיה
סכומי ביטוח נדרשים: _____				
קיים ביטוח במגדל:	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	במידה וכן - מהם סכומי הביטוח: _____		
חומר רפואי שהתקבל: _____				

ג. הצהרות	
הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות	
<p>ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.</p> <p>אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.</p> <p>אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.</p> <p>ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקוניו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן. בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני <a href="mailto:mokedbi@migdal.co.il">mokedbi@migdal.co.il</a>.</p> <p>מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת <a href="https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security">https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security</a> או באפליקציית מגדל.</p>	

בכל מקרה יש לצרף לטופס את תצלום הדרכון, תעודה מזהה של ארץ המקור וצילום פלט ביטוח לאומי

חתימת המאשר ★

חתימת המבקש ★



## 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/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) - <b>מסלול ברירת המחדל</b>
	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

שים 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
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
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 לשאירים (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 לשאירים 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 לסיכויי 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 מחקת 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.





שם	מספר זהות

## מסלול השקעה בקרן - המשך

### רכיב פיצויים

סמן X	קוד מסלול	שם מסלול השקעה
<input type="checkbox"/>		מודל השקעות תלוי גיל (מודל ברירת המחזל למי שלא בחר מסלול השקעה) כספי המבוטח יושקעו במסלול השקעה לפי גיל המבוטח, בהתאם לטווח הגילים, כמפורט להלן: (1) מסלול לבני 50 ומטה (2) מסלול לבני 50 עד 60 (3) מסלול לבני 60 ומעלה במקרה של בחירה במודל זה, יושקעו הכספים במסלול ההשקעה המתאים לגילו של המבוטח ועם הגיעו של המבוטח לגיל העליון במסלול, יועברו באופן אוטומטי למסלול ההשקעה הבא אחריו.
<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 - מדי 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 המבוטח 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.

### שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספיך במסלול ברירת המחזל.

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 המחזל 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>

מק"ט 810100003 (מהדורה 02.2024)



0010401300305010224

עמוד 3 מתוך 6 דפים

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

קוד מסמך: 1040 | חב 1





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](mailto: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](http://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

מק"ט 810100003 (מהדורה 02.2024)

## 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.

