

**טופס הצטרפות עובד חדש**

שם המעסיק \_\_\_\_\_ שם העובד \_\_\_\_\_ מספר עובד \_\_\_\_\_ ת.זהות \_\_\_\_\_

**א. למילוי ע"י המעסיק**

תפקיד העובד \_\_\_\_\_ תאריך תחילת עבודה \_\_\_\_\_ תאריך תחילת הפקדות \_\_\_\_\_  
שכר ברוטו \_\_\_\_\_ שכר פנסיוני \_\_\_\_\_ שכר לקה"ש \_\_\_\_\_

הפרשות פנסיוניות : תגמולים / תגמולים + פיצויים / תגמולים + פיצויים + א.כ.ע.

האם קיימת זכאות לקה"ש ? כן / לא

**ב. למילוי ע"י העובד**

פרטים אישיים :

כתובת: \_\_\_\_\_

רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפונים: \_\_\_\_\_

בית \_\_\_\_\_ משרד \_\_\_\_\_ סלולארי \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

משרד \_\_\_\_\_ בבית \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_  
מקצוע: \_\_\_\_\_

**בני משפחה**

שם בן/בת הזוג \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_ מקצוע \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_

ילדים

שם	מין	תאריך לידה	מס תעודת זהות

האם בידך הסדר תכנית פנסיונית קיימת : כן/לא, ב \_\_\_\_\_

האם בידך תכנית ביטוח בריאות : כן/לא, ב \_\_\_\_\_

האם בידך קרן השתלמות : כן/לא, ב \_\_\_\_\_

במידה ויש לך תכנית פנסיונית, נבקשך להעביר אלינו בהקדם : העתקי פוליסות ו/או דוח מצב ביטוחי ו/או סיכום שנתי – אישור מס אחרון, לפקס 03-7600602 או למייל

[sherut@davidoff.co.il](mailto:sherut@davidoff.co.il)

**נא לצרף : טופס כיסוי זמני , צילום תעודת זהות + ספח מלא**