



**מדינת ישראל**  
**טופס נש"מ (נציבות שירות המדינה)**  
**הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי ההוראה**  
**נספח א' -5- שכר פנסיוני (יסוד משולב + תוספות)**  
**ביטוח פנסיוני- הפרשות לביטוח מנהלים**

**אל:**

**משרד החינוך - כללי ח.פ.** 500101282  
 **משרד החינוך - מנהל התיישבותי ח.פ.** 500104732  
 \* יש לסמן את הסקטור בו הנך מועסק/ת

**זכויותיו/תיה של העובד/ת:**

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך

**תבוסחנה על פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני 'ביטוח מנהלים' שיעורי הפרשות**

פרטי הקופה	שם חברת הביטוח:	מספר פוליסה:

<b>בגין</b> _____ % <b>מהשכר הקובע*</b> במידה ואין פיצול יש למלא "בגין הקובע" 100% מהשכר	<b>תגמולי מעסיק</b> <input type="checkbox"/> <b>א.כ.ע מתוך התגמולים:</b> <b>7.5% לתגמולים כולל א.כ.ע**</b> <input type="checkbox"/> <b>א.כ.ע מחוץ התגמולים:</b> <b>_____ % לתגמולים _____ א.כ.ע**</b> (תגמולי מעסיק מיינום 5%) + אובדן כושר עבודה (מקסימום 2.5%) = 7.5% סה"כ הפקדת מעסיק). <b>חובת העובד לעדכן את המעסיק בכתב על שינוי באחוז אובדן כושר עבודה.</b>	<b>פיצויים</b> <b>8.33% לפיצויים</b> (בביטוח מנהלים באישור נש"מ בלבד ניתן לדווח 8.33%)	<b>תגמולים העובד/ת</b> _____ % <b>לתגמולי עובד</b> בין 6% ל-7% על פי בחירת העובד
--	--	--	--

\* ניתן לפצל הפרשות לפי אחוז או סכום מהשכר הקובע, ככל שהעובד בחר בפיצול יש למלא טופס נוסף להשלמת הפיצול עד ל-100%.  
 \*\* א.כ.ע- דיווח אובדן כושר עבודה ניתן רק במידה והעובד בחר בביטוח מנהלים

מוסכם בין הצדדים כי ההסדר בנספח זה מהווה, בהתאם לסעיף 1(א) ו-1(ב) לצו שר התעשייה המסחר והתעסוקה ועל-פי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963, שפורסם בילקוט הפרסומים התשנ"ח בע"מ 4395 פטור לממשלה כמעסיק מ-100% של פיצויי הפיטורין אם יגיעו לעובד/ת בגין \_\_\_\_\_ מהשכר הקובע. הממשלה מוותרת מראש על כל זכות שיכולה להיות לה להחזיר כספים מתוך תשלומיה לפי האמור לעיל, אלא אם משך/ה העובד/ת כספים שלא בשל אירוע מזכה לעניין נספח זה. ("אירוע מזכה"- פטירה, נכות, פרישה מגיל 60).

**הצהרת העובד:** העובד מצהיר כי חלק מהפקדות המעביד מיועדת לרכישת אובדן כושר עבודה, שלפחות 75% מהשכר המבוטח ו/או 2.5% א.כ.ע. ידוע לי, כי בפוליסה על שמי המבוססת על הפרשות משכר עבודה נוספת או החזר הוצאות (להלן- "רכיבי שכר שאינם קבועים"), לא יהיו הכיסויים הביטוחיים בתוקף בחודש בו לא שולמו דמי הביטוח, עקב אי זכאות להפקדות בגין "רכיבי שכר שאינם קבועים".  
**הנני מאשר בזאת כי שיעורי א.כ.ע יתעדכנו מעת לעת בהתאם לנתונים שימסרו למעסיק מאת חברת הביטוח ובכל מקרה לא יותר מ-2.5%.**

**אישור העובד/ת**

כתובת	מס' טלפון נייד
כתובת דוא"ל	תאריך
	חתימת העובד/ת

<b>אישור חברת הביטוח:</b> שם סוכן הביטוח: טלפון סוכן הביטוח: כתובת דוא"ל סוכן הביטוח: כתובת: תאריך: חתימה וחותמת של חברת הביטוח:	<b>חובה להחתים את חברת הביטוח על הטופס בטרם חתימת המעסיק</b>
--	--

<b>אישור המעסיק</b> <b>משרד החינוך- מחוז:</b> _____ <b>מספר טלפון:</b> _____ <b>כתובת:</b> _____ <b>כתובת דואר אלקטרוני:</b> _____ <b>שם חשב השכר:</b> _____ <b>חתימת חשב השכר</b>	<b>משרד החינוך</b> <b>תאריך:</b> _____
--	---