



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, מינהל התיישבותי
ח.פ. 500104732

זכויותיו/תיה של העובד/ת:

מספר זהות (9 ספרות)		שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
תבוטחנה על פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני 'ביטוח מנהלים'					
שיעורי הפרשות					
פרטי הקופה		שם חברת הביטוח:		מספר פוליסה:	
בגין	%	תגמולי מעסיק		פיצויים	
		_____ % לתגמולים + _____ % א.כ.ע.** (לתגמולים + % א.כ.ע = 7.5% תגמולי מעסיק לא יפחתו מ-5%) חובת העובד לעדכן את המעסיק בכתב על שינוי באחוז אובדן כושר עבודה.		8.33% לפיצויים (בביטוח מנהלים באישור נש"מ בלבד ניתן לדווח 8.33%)	
מהשכר הקובע*		תגמולים העובד/ת			
במידה ואין פיצול יש למלא "בגין הקובע" 100% מהשכר הקובע"		_____ % לתגמולי עובד 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		חתימת העובד/ת			

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

אישור המעסיק

משרד החינוך - מחוז:	מספר טלפון:	כתובת:	כתובת דואר אלקטרוני:
מינהל התיישבותי			@education.gov.il
תאריך:	שם חשב השכר:	חתימת חשב השכר	