



חוזר יחידה

20 מרץ, 2019
מש. 2019-233

לכבוד

מנכ"לים במשרדי הממשלה ובתי החולים
סמנכ"לים למינהל ומשאבי אנוש במשרדי הממשלה ובתי החולים
חשבים במשרדי הממשלה ובבתי החולים
מנהלי יחידות משאבי אנוש במשרדי הממשלה ובבתי החולים
מנהלי יחידות שכר במשרדי ממשלה ובבתי החולים

הנדון: חוזר הצטרפות ועדכון החיסכון הפנסיוני

חוזר אגף פרישה וגימלאות/מטה שכר – תהליך הצטרפות לחיסכון פנסיוני (16-07-2017)
רשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון, חוזר גופים מוסדיים 2018-9-3 (4.3.2018)

להלן הבהרות מטה השכר ונציבות שירות המדינה בסוגיות פנסיוניות. בתקופה הקרובה יוסדרו הנחיות אלה בהוראות התכ"ם.

1. קליטה לשירות המדינה ושינויים בקופות:

בהתאם לחוזר אגף פרישה וגימלאות בנש"מ ומטה השכר בחשכ"ל שבסימוכין, מפורטות להלן הנחיות להצטרפות ועדכונים בתחום החיסכון הפנסיוני.
לתשומת לבכם, לצורך נוחות, בסעיף זה נעשה שימוש במילה "קופה" לצורך תיאור קרן פנסיה, קופת גמל או קרן השתלמות.

1.1. קרן פנסיה, קופת גמל או קרן השתלמות (לא כולל קרנות ברירת מחדל וביטוח מנהלים):

א. במקרים בהם עובד נקלט למשרד¹ עם קופה קיימת² (פעילה):

- על העובד למלא טופס נש"מ בהתאם לרובד השכר הרלוונטי. אין צורך בחתימת הקופה.
- על העובד לצרף **דוח תקופתי** של הקופה הקיימת (על מנת לאשר את פרטי הקופה ולוודא כי הקופה פעילה).
- **על יחידת משאבי אנוש לוודא שהטופס מלא ותקין** – שיעורי הפרשה, שם החברה, מספר אוצר, מספר מלם, חתימת העובד.

¹ הן במידה והעובד נקלט לשירות המדינה והן במעבר ממשרד למשרד.
² קרן פנסיה פעילה/קיימת – קרן שהופרשו אליה כספים ב-3 החודשים האחרונים.



חוזר יחידה

- היה והטופס מלא ותקין, יחידת משאבי אנוש תחתום על הטופס ותעבירו ליחידת השכר.
- יחידת משאבי אנוש לא תחתום על הטופס ולא תעבירו ליחידת השכר ללא קבלת טופס נש"מ מלא ותקין וללא דוח תקופתי.
- **במקרים בהם אין שיתוף פעולה של העובד הנקלט למשרד (לא העביר טופס נש"מ מלא ולא דוח תקופתי ברובד אחד או יותר), ידווחו לו קרנות ברירת מחדל לכל רובד בו חסרים טפסים.** הפרשות לקרן השתלמות לא יבוצעו ללא שיתוף פעולה של העובד (לא קיימות קרנות השתלמות ברירת מחדל).
- מנהל משאבי אנוש יודא כי במקרים אלו הבחירה בקרן ברירת המחדל תועבר לידיעת העובד בכתב ותתועד בתיק האישי.**
- לאחר קבלת כלל הטפסים, חשב השכר ידווח את פרטי הקופה במערכת השכר **מיום קבלת הטפסים.**
- לצורך שמירה על תשואות ותאריכי ערך, ניווד הקופה הינו באחריות העובד ולא יבוצע דיווח רטרו (גם במקרה של דיווח ברירות מחדל כאמור לעיל).

ב. במקרים בהם עובד נקלט למשרד ומעוניין להפריש לקופה חדשה (לא קופה פעילה), או עובד פעיל המעוניין להחליף קופה:

- על העובד למלא טופס נש"מ בהתאם לרובד השכר הרלוונטי. **אין צורך בחתימת הקופה.**
- על העובד לפנות לקופה (לחברה המנהלת) לצורך פתיחת קופה. יש לקבל **אישור הצטרפות** מהקופה (על הקופה לשלוח אישור הצטרפות בתוך 10 ימים ממועד ההצטרפות של העמית). דוגמה לאישור הצטרפות תקין מצורפת כנספח 12 לחוזר זה.
- **על יחידת משאבי אנוש לוודא שהטפסים מלאים ותקינים** – שיעורי הפרשה, שם החברה, מספר אוצר, מספר מלם, חתימת העובד.
- לאחר בדיקה זו, יחידת משאבי אנוש תחתום על הטופס ותעבירו ליחידת השכר.
- היה והטופס מלא ותקין, יחידת משאבי אנוש תחתום על הטופס ותעבירו ליחידת השכר.



חוזר יחידה

- יחידת משאבי אנוש לא תחתום על הטופס ולא תעבירו ליחידת השכר ללא קבלת טופס נש"מ מלא ותקין וללא דוח תקופתי.
- במקרים בהם אין שיתוף פעולה של העובד הנקלט למשרד (לא העביר טופס נש"מ מלא ולא דוח תקופתי ברובד אחד או יותר), ידווחו לו קרנות ברירת מחדל לכל רובד בו חסרים טפסים. הפרשות לקרן השתלמות לא יבוצעו ללא שיתוף פעולה של העובד (לא קיימות קרנות השתלמות ברירת מחדל).
- מנהל משאבי אנוש יודא כי במקרים אלו הבחירה בקרן ברירת המחדל תועבר לידיעת העובד בכתב ותתועד בתיק האישי.
- לאחר קבלת כלל הטפסים, חשב השכר ידווח את פרטי הקופה במערכת השכר מיום קבלת הטפסים.
- לצורך שמירה על תשואות ותאריכי ערך, ניוד הקופה הינו באחריות העובד ולא יבוצע דיווח רטרו (גם במקרה של דיווח ברירות מחדל כאמור לעיל).

1.2. קרנות פנסיה ברירת מחדל:

- על העובד למלא טופס נש"מ בהתאם לרובד השכר הרלוונטי.
- בקופות ברירת מחדל אין חובה לקבלת אישור הצטרפות או דוח תקופתי.
- מומלץ לעובד לפנות לקופה (לחברה המנהלת) לצורך פתיחת קופה, אך בקרנות ברירת מחדל אין חובת פתיחת קופה ואין חובת קבלת אישור הצטרפות.
- על יחידת משאבי אנוש לוודא שהטפסים מלאים ותקינים – שיעורי הפרשה, שם החברה, מספר אוצר, מספר מלם, חתימת העובד.
- היה והטופס מלא ותקין, יחידת משאבי אנוש תחתום על הטופס ותעבירו ליחידת השכר.
- יחידת משאבי אנוש לא תחתום על הטופס ולא תעבירו ליחידת השכר בטרם הובא לידיעת העובד כי אי-מילוי הטופס עלול לגרור טעויות בהפרשות הפנסיוניות. מנהל משאבי אנוש יודא כי הפנייה לעובד תתועד בתיק האישי.
- לאחר קבלת כלל הטפסים, חשב השכר ידווח את פרטי הקופה במערכת השכר מיום קבלת הטפסים.



חוזר יחידה

1.3. ביטוח מנהלים:

- על העובד למלא טופס נש"מ כולל חתימת חברת הביטוח.
- על יחידת משאבי אנוש לוודא שהטופס מלא ותקין – שיעורי הפרשה, שם החברה, מספר אוצר, מספר מלם, חתימת העובד.
 - היה והטופס מלא ותקין, יחידת משאבי אנוש תחתום על הטופס ותעבירו ליחידת השכר.
 - יחידת משאבי אנוש לא תחתום על הטופס ולא תעבירו ליחידת השכר ללא קבלת טופס נש"מ מלא ותקין וללא דוח תקופתי.
 - במקרים בהם אין שיתוף פעולה של העובד הנקלט למשרד (לא העביר טופס נש"מ מלא ולא דוח תקופתי ברובד אחד או יותר), ידווחו לו קרנות ברירת מחדל לכל רובד בו חסרים טפסים. הפרשות לקרן השתלמות לא יבוצעו ללא שיתוף פעולה של העובד (לא קיימות קרנות השתלמות ברירת מחדל).
- מנהל משאבי אנוש יודא כי במקרים אלו הבחירה בקרן ברירת המחדל תועבר לידיעת העובד בכתב ותתועד בתיק האישי.
- לאחר קבלת כלל הטפסים, חשב השכר ידווח את פרטי הפוליסה במערכת השכר מיום קבלת הטפסים.
- לצורך שמירה על תשואות ותאריכי ערך, ניווד הפוליסה הינו באחריות העובד ולא יבוצע דיווח רטרו (גם במקרה של דיווח קרנות ברירות מחדל כאמור לעיל).

סיכום – תהליך הצטרפות או החלפת קופה

ביטוח מנהלים	פנסיה/גמל/השתלמות	
טופס נש"מ כולל חתימת החברה	טופס נש"מ ללא חתימת הקופה + דו"ח תקופתי.	הצטרפות עם קופה קיימת (פעילה)
טופס נש"מ כולל חתימת החברה	טופס נש"מ ללא חתימת הקופה + אישור הצטרפות.	הצטרפות לקופה חדשה או החלפת קופה



חוזר יחידה

פרטי קרנות ברירת מחדל לדיווח במערכת השכר:

שם קופה	מס' אוצר	רובד	סמל מלם שכר
מיטב דש	163	שכר יסוד	656
		עבודה נוספת	8873
		החזר הוצאות	5365
הלמן אלדובי	1032	שכר יסוד	8119
		עבודה נוספת	8880
		החזר הוצאות	5413
פסגות	1531	שכר יסוד	8102
		עבודה נוספת	8302
		החזר הוצאות	5344
אלטשולר שחם	1328	שכר יסוד	839
		עבודה נוספת	8839
		החזר הוצאות	5280

בתקופה הקרובה יפרסם אגף בכיר פרישה וגמלאות בנש"מ מדיניות לאופן בחירת קרנות ברירת מחדל בכל משרד. דיווח קרנות ברירת מחדל לעובדים שאינם משתפים פעולה ייעשה בהתאם למדיניות זו בלבד.

2. שיעורי הפרשה לפיצויים בקליטה לשירות המדינה:

עובד שנקלט לשירות המדינה, שברשותו פוליסת ביטוח מנהלים פעילה ממקום עבודתו הקודם עם שיעור הפרשה של 8.33% לפיצויים, יהיה זכאי להפרשה לפיצויים בשיעור זה גם בביטוח מנהלים במסגרת עבודתו בשירות המדינה. יש לקבל מהעובד אסמכתה על שיעור הפרשה זה אצל מעסיק קודם ולהעבירה לאישור אגף פרישה וגמלאות בנש"מ.

3. הפרשה בגין ימי מחלה המוכרים על ידי קרן הפנסיה/ ביטוח מנהלים:

3.1. עובד מוכר כזכאי לפנסיה נכות או אובדן כושר עבודה (להלן: אכ"ע) על-ידי קרן הפנסיה/ חברת הביטוח, עליו לדווח ימי מחלה בגין תקופת היעדרותו (בהתאם לאישור רפואי מתאים). בגין ימים אלו תמשיך להתבצע הפרשה לקופה או לביטוח המנהלים, כמו כן, יוכל לקבל שכר בגין ימי מחלה וקצבת א.כ.ע מקרן הפנסיה במקביל.

3.2. עובד מוכר כזכאי לפנסיה נכות או אובדן כושר עבודה (להלן: אכ"ע) על-ידי קרן הפנסיה/ חברת הביטוח שנעדר לחלוטין מעבודתו או לא מקבל שכר בגין ימי מחלה עקב אירוע הנכות (אינו מקבל שכר ממקום העבודה), תופסק בגינו הפרשה פנסיונית לביטוח מנהלים או לקרן פנסיה.

חוזר יחידה

3.3. עובד מוכר כזכאי לפנסיית נכות או אובדן כושר עבודה (להלן: אכ"ע) על-ידי קרן הפנסיה/ חברת הביטוח הממשיך את עבודתו באופן מלא או חלקי (מקבל שכר ממקום העבודה) או מקבל שכר בגין ימי מחלה, תמשיך להתבצע בגינו הפרשה פנסיונית לביטוח מנהלים או לקרן פנסיה בהתאם למשכורתו בפועל ועל פי השיעורים הקבועים בהסכם השכר.

4. דיווח אובדן כושר עבודה אכ"ע לעובדים או נושאי משרה שיפוטית לאחר גיל 60 :

- חלק מפוליסות הביטוח שרוכשים מבוטחים אינן כוללות ביטוח אובדן כושר עבודה מעבר לגיל מסוים הקבוע בפוליסה (בין 60 ל-67). עובד שרכש פוליסה כאמור לא יהיה זכאי לקצבת נכות בקרות אירוע ביטוחי מעבר לגיל זה.
- נוסף על כך, מבוטח בביטוח מנהלים או עמית בקרן פנסיה שעבר את גיל 67 (גיל הפרישה הקבוע בחוק) אינו זכאי לקצבת נכות בקרות אירוע ביטוחי, אלא לקצבת זקנה. לפיכך, אין הוא נדרש להפריש לביטוח נכות או אכ"ע במסגרת קרן פנסיה או ביטוח מנהלים.
- לכן, עובד בביטוח מנהלים שהגיע לגיל בו תם ביטוח אכ"ע כמפורט בפוליסה שרכש, או שעבר את גיל 67, יימלא טופס נש"מ חדש (כמפורט בסעיף 1.2 לחוזר זה) עם שיעור הפרשה לאכ"ע של 0%, ויסדיר את העדכון מול חברת הביטוח.
- עובד כאמור המבוטח בקרן פנסיה אינו נדרש לשינוי טופס נש"מ.
- סמנכ"ל משאבי אנוש במשרד יעביר מידע זה לעובדים או לנושאי משרה שהגיעו לגיל הפרישה הקבוע בחוק או שהפרשותיהם הפנסיוניות אינן נקלטות מהסיבה שהעובד או נושא המשרה עבר את הגיל הקובע בפוליסה לביטוח אכ"ע.

5. ביטוח פנסיוני ללא ביטוח נכות או אכ"ע:

עובד שלא חלות עליו הגבלות הגיל המפורטות בסעיף 4 לעיל, והבוחר במוצר ביטוחי שאינו כולל ביטוח נכות או בביטוח מנהלים ללא רכיב אכ"ע, האחרייות להעדר הביטוח חלה עליו בלבד, ועליו למלא את ההצהרה המצורפת כנספח 10 לחוזר זה.

6. חתימה על טפסי ביטוחי מנהלים, קרן פנסיה, קופת גמל או קרן השתלמות:

בהתאם לחוזר רשות שוק ההון שבסימוכין, הקובע כי גוף מוסדי לא ידרוש ממעסיק לאשר מסמכים, להעביר מידע או לתת הסכמתו בקשר למוצר פנסיוני של עובד, יובהר כי אין לחתום על מסמכים הנשלחים על ידי הגופים המוסדיים.



חוזר יחידה

7. קליטת כספים שגויים לקרנות פנסיה של עובדים:

- ראשית, יובהר כי על מנכ"ל המשרד חלה האחריות העליונה לכך כי יועמדו המשאבים המתאימים ויושמו כלל התהליכים הנדרשים להעברת כספי הפנסיה של עובדי משרדו, לרבות ביצוע ההתאמות מול קרנות הפנסיה, קופות הגמל, קרנות ההשתלמות וביטוחי המנהלים.
- החשכ"ל, בשיתוף פעולה עם נש"מ, מפעיל יחידת פנסיה מרכזית המנוהלת במלם, אשר תפקידה לסייע לממונה הפנסיה ביחידת השכר במשרד לטפל בכספים פנסיוניים שלא נקלטו בקרנות הפנסיה/ קופות הגמל/ ביטוחי מנהלים של עובדי המשרד.
- להלן פרטי הקשר של יחידת הפנסיה: מייל pensiamer@malam-payroll.com, טלפון 02-6446080.
- לשאלות ובירורים נוספים ניתן לפנות למר אליהו יעקב, אגף גימלאות נש"מ – shacharz@mof.gov.il, או לשחר צמח, חטיבת השכר בחשב הכללי – elyahuya@csc.gov.il.
- סיכום תהליך הטיפול השוטף ותחומי האחריות מפורטים להלן:

תחום אחריות	שלב
ממונה פנסיה ביחידת השכר	המשרד יציף ליחידת הפנסיה במלם בעיות שוטפות. יש לצרף טופס נש"מ ואישור הצטרפות קריאים וברורים.
יחידת הפנסיה במלם	איתור הבעיה וטיפול מול קרן הפנסיה.
יחידת הפנסיה במלם	יחידת הפנסיה במלם תעביר לממונה הפנסיה ביחידת השכר במשרד בקשות לפנייה לעובד ולמילוי טופס נש"מ חדש או קבלת אישור הצטרפות.
ממונה פנסיה ביחידת השכר	ממונה הפנסיה ביחידת השכר במשרד יעביר את הבקשות ליחידת משאבי אנוש.
יחידת משאבי אנוש	איתור טפסים, פנייה לעובדים או מילוי טפסים חדשים והעברתם ליחידת השכר במשרד.
ממונה פנסיה ביחידת השכר	שליחת הטפסים ליחידת הפנסיה במלם.
יחידת הפנסיה במלם	הכנת בקשה לתיקון הדיווח במערכת השכר.
ממונה פנסיה ביחידת השכר	בדיקת הבקשה.
מטה שכר או בהתאם להוראות התכס בנושא	אישור הבקשה.



חוזר יחידה

8. טופס הצטרפות לקרן לביטוח הדדי

מצ"ב כנספח 11 לחוזר זה, טופס מעודכן המיועד לעובדים חדשים המעוניינים להצטרף תוך 12 חודשים מיום תחילת עבודתם במשרד לקרן לביטוח הדדי. לשירות המדינה כמעסיק לא תהיה כל אחריות להצטרפות, יובהר כי האחריות חלה על העובד בלבד.

9. נספחים

1. נספחי נש"מ א1 - א9 – נא להשתמש בנספחים אלו בלבד – מהדורה 01/2019.
2. נספח 10 - טופס הצהרה – היעדר ביטוח לאובדן כושר עבודה.
3. נספח 11 - טופס הצטרפות לקרן לביטוח הדדי.
4. נספח 12 - הודעה למעסיק מהגופים המוסדיים על בחירת העובד/ת (נספח ו').

בברכה,

יוסי איצקוביץ

סגן בכיר לחשב הכללי, מנהל חטיבת השכר
משרד האוצר

ציון לוי

מנהל האגף הבכיר לפרישה וגימלאות
נציבות שירות המדינה

העתק:

פרופ' דניאל הרשקוביץ - נציב שירות המדינה
מר רוני חזקיהו - החשב הכללי, משרד האוצר
הנהלת אגף החשב הכללי
מר שחר צמח - רפרנט שכר ותנאי שירות, משרד האוצר
מר מאיר אדרי - מנהל תחום פרישה וגימלאות, נש"מ
מר אליהו יעקב - מרכז בכיר פרישה וגימלאות, נש"מ



מדינת ישראל

הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה

נספח א-1 שכר פנסיוני [יסוד משולב + תוספות]

ביטוח פנסיוני – הפרשות לקרן פנסיה, קופת גמל או ביטוח מנהלים

אל: משרד / ביה"ח:

זכויות/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

תבטחנה על-פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני כדלקמן:

נא סמני בחירתך : קרן פנסיה / ביטוח מנהלים / קופת גמל

שיעורי הפרשות

פרטי הקופה	שם קרן הפנסיה, חברת הביטוח, קופת הגמל	מס' קופה במלם	מס' קופה בשוק ההון

תגמולי מעסיק	פיצויים	תגמולי עובד/ת	בגין <input type="text"/> מהשכר הקובע*
<p><input type="text"/>% לתגמולים + א.כ.ע. <input type="text"/>%**</p> <p>[לתגמולים + א.כ.ע. = 7.5%]</p> <p>תגמולי מעסיק לא יפחתו מ- 5%</p> <p>*** הפרשות לצו הרחבה: תגמולי מעסיק 6.5%</p>	<p><input type="text"/>% לפיצויים</p> <p>[בביטוח מנהלים באישור נש"מ בלבד ניתן לדווח 8.33%]</p> <p>*** הפרשות לצו הרחבה: פיצויים 6%</p>	<p><input type="text"/>% לתגמולי עובד</p> <p>תגמולי עובד – 7%, למעט הפרשות לצו הרחבה*** בין 6% - 7%</p>	<p>במידה ואין פיצול יש למלא "בגין הקובע" 100% מהשכר הקובע"</p>

* 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 א.כ.ע. ניתן רק במידה והעובד בחר בביטוח מנהלים.

*** צו הרחבה – לעובדים המשובצים בדירוגים הזכאים להפרשות לחיסכון פנסיוני בהתאם לצו ההרחבה.

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-72% 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 מיועדות לרכישת אובדן כושר עבודה, שלפחות 75% מהשכר המבוטח ו/או 2.5% א.כ.ע. ידוע לי כי המעסיק לא יהיה מחויב בהפרשה לאובדן כושר עבודה במידה ובחתי שלי להפריש לרכיב זה. 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".

אישור העובד/ת

מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן הפנסיה / קופת הגמל

- בחר העובד בקרן פנסיה קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב- 3 החודשים האחרונים - יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן הפנסיה.
- בחר העובד בקרן פנסיה חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן פנסיה - יש לצרף אישור הצטרפות מהקרן (נספח ו'). לקרנות ברירת מחדל בלבד אין חובה לצרף אישור הצטרפות.

אישור חברת הביטוח – ביטוח מנהלים

שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
			/ /	

אישור המעסיק

שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל

הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה

נספח א-2 - שכר עבודה נוספת [שעות נוספות, כונוניות, משמרות וכו']

ביטוח פנסיוני – הפרשות לקרן פנסיה, קופת גמל או ביטוח מנהלים

אל: משרד / ביה"ח:

זכויותיו/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

תבטחנה על-פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני כדלקמן:

נא סמני/י בחירתך : קרן פנסיה / ביטוח מנהלים / קופת גמל

שיעורי הפרשות - בגין שכר עבודה נוספת

פרטי הקופה	שם קרן הפנסיה/ חברת הביטוח/ קופת הגמל			מס' קופה במלם	מס' קופה בשוק ההון

תגמולי מעסיק	פיצויים	תגמולי עובד/ת
<p><input type="text"/>% לתגמולים + <input type="text"/>% א.כ.ע.*</p> <p>[% לתגמולים + % א.כ.ע = 7.5%]</p> <p>תגמולי מעסיק לא יפחתו מ - 5%</p> <p>** הפרשות לצו הרחבה: תגמולי מעסיק 6.5%</p>	<p><input type="text"/>% לפיצויים</p> <p>** הפרשות לצו הרחבה: פיצויים 6%</p>	<p><input type="text"/>% לתגמולי עובד</p> <p>תגמולי עובד – 7%, למעט הפרשות לצו הרחבה:** בין 6% - 7%</p>

* א.כ.ע – דיווח א.כ.ע ניתן רק במידה והעובד בחר בביטוח מנהלים.
** צו הרחבה – לעובדים המשובצים בדירוגים הזכאים להפרשות לחיסכון פנסיוני בהתאם לצו ההרחבה.

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן הפנסיה / קופת הגמל

- בחר העובד בקרן פנסיה קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב- 3 החודשים האחרונים - יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן הפנסיה.
- בחר העובד בקרן פנסיה חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן פנסיה - יש לצרף אישור הצטרפות מהקרן (נספח ו'). לקרנות ברירת מחדל בלבד אין חובה לצרף אישור הצטרפות.

אישור חברת הביטוח – ביטוח מנהלים				
שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
			/ /	

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל

הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה

נספח א-3 - החזר הוצאות [אחזקת רכב, נסיעות, אש"ל וכו']

ביטוח פנסיוני – הפרשות לקרן פנסיה, קופת גמל או ביטוח מנהלים

אל: משרד / ביה"ח:

זכויותיו/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

תבוטחנה על-פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני כדלקמן:			
נא סמני בחירתך <input checked="" type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> קרן פנסיה / <input type="checkbox"/> ביטוח מנהלים / <input type="checkbox"/> קופת גמל			
שיעורי הפרשות - בגין שכר החזר הוצאות			
פרטי הקופה	שם קרן הפנסיה/ חברת הביטוח/ קופת הגמל	מס' קופה במלם	מס' קופה בשוק ההון

שיעורי הפרשות	תגמולי מעסיק	תגמולי עובד/ת
	5% לתגמולים	[5% - 7% עפ"י בחירת העובד/ת] % <input type="text"/>

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן הפנסיה / קופת הגמל

■ בחר העובד בקרן פנסיה קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב- 3 החודשים האחרונים - יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן הפנסיה.

■ בחר העובד בקרן פנסיה חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן פנסיה - יש לצרף אישור הצטרפות מהקרן (נספח ו'). לקרנות ברירת מחדל בלבד אין חובה לצרף אישור הצטרפות.

אישור חברת הביטוח – ביטוח מנהלים				
שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
			/ /	

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל

נספח א-4 - קרן השתלמות לעובדי המדינה

אל: משרד / ביה"ח:

[Empty box for name/department]

זכויותיו/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

בחירת קרן השתלמות [אך ורק לעובדים הזכאים להצטרף לקרן השתלמות על-פי ההסכם הקיבוצי, ידוע לי כי באפשרותי לפנות לארגון העובדים היציג לקבלת מידע רלוונטי]

קרן ההשתלמות ששמה נקוב בהסכמים הקיבוציים החלים עליי בהתאם לדירוג: _____

פרטי קרן ההשתלמות		
שם קרן ההשתלמות	מס' קופה במלם/ביוניק	מס' קופה בשוק ההון

שיעורי הפרשות - [נא סמך/י בחירתך - אפשרות אחת בלבד]

עובד/ת	מעסיק	
2.5%	7.5%	<input type="checkbox"/> ברירת המחדל * [לכלל עובדי המדינה]
4.2%	8.4%	<input type="checkbox"/> דירוג עובדי הוראה **
<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> דירוג רופאים [נא למלא אחוז הפרשות]

אני בוחר/ת ומבקש/ת שלא להשתייך לקרן ההשתלמות למרות שקראתי והבנתי את דברי ההסבר שלהלן: [אפשרות זו אינה מיועדת לרופאים, וטרינרים, מתמחים ברפואה, אשר מחויבים להצטרף לקרן השתלמות]

* עובד רשאי לבקש להצטרף לקרן השתלמות לפי בחירתו. קרן השתלמות הינה תכנית חסכון לטווח של 6 שנים לפחות, שבה העובד והמעסיק מפרישים מידי חודש מהשכר הקובע לפנסיה. [הפרשות ברירת מחדל]
 ** מיועד לעובדי ההוראה המעוניינים לצאת לשנת שבתון לצורך השתלמות, בתחומי עניין שונים הקשורים לקידום המקצועי, מתוך מאגר נושאים המוגדרים לימודי חובה ולימודי השלמה. מורים ללא שימוש בשנת שבתון ו/או מגיל 55 ומעלה יש לבחור באפשרות ברירת המחדל.

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן ההשתלמות

■ בחר העובד בקרן השתלמות קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב- 3 החודשים האחרונים - יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן ההשתלמות.

■ בחר העובד בקרן השתלמות חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן השתלמות - יש לצרף אישור הצטרפות מקרן ההשתלמות.

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל

הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה

נספח א-5 - שכר פנסיוני - רופאים (פנסיה תקציבית)

עבור ההפרש בין השכר המבוטח (בפנסיה תקציבית) ועד 80% מהשכר השוטף (שכר קובע + עבודה נוספת)

אל: משרד / ביה"ח: [] נא בחר/י באחת משתי האפשרויות הבאות:

זכויותיו/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
/ /			/ /	/ /

1. <input type="checkbox"/> קופת גמל [הסדר חליפין] [רופא לשכת הבריאות ההפרש עד 95% (שכר הקובע + עבודה נוספת)]		
הפרשות הממשלה: 7.5% לתגמולים הפרשות העובד/ת: 7% לתגמולים		
קופת גמל*	מספר קופה במל"מ	מס' קרן בשוק ההון
	5	
הפרשות הממשלה: 5% לקופת גמל לעצמאיים:		
שם קופת גמל לעצמאיים	מספר קופה במל"מ	מס' קרן בשוק ההון
	1	

2. <input type="checkbox"/> בחירת קרן פנסיה/ביטוח מנהלים - [עבור יתרת השכר עד 80%]			
קרן פנסיה	שם קרן הפנסיה	מספר קופה מל"מ	מס' קופה בשוק ההון
הפרשות הממשלה		הפרשות העובד/ת	
6.5% לתגמולים	6% לפיצויים	% לתגמולים (6% - 7%)	
ביטוח מנהלים	שם חברת הביטוח	מספר קופה מל"מ	מס' קופה בשוק ההון
הפרשות הממשלה (מינימום לתגמולים 5%)		הפרשות העובד/ת	
ביטוח מנהלים חדש	% לתגמולים (סה"כ תגמולים + א.כ.ע. = 6.5%)	6% פיצויים	תגמולים % (6% - 7%)
ביטוח מנהלים ישן (באישור נש"מ)	% לתגמולים (סה"כ תגמולים + א.כ.ע. = 7.5%)	6% פיצויים	תגמולים % (6% - 7%)

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-72% 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. [איירוע מזכה"- פטירה, נכות, פרישה מגיל 60].
 הצהרת העובד: העובד מצהיר כי חלק מהפקדות המעביד מיועדות לרכישת אובדן כושר עבודה, שלפחות 75% מהשכר המבוטח ו/או 2.5% א.כ.ע. ידוע לי כי המעסיק לא יהיה מחויב בהפרשה לאובדן כושר עבודה במידה ובחרתי שלא להפריש לרכיב זה. 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".

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן הפנסיה / קופת הגמל

■ בחר העובד בקרן פנסיה קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב-3 החודשים האחרונים - יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן הפנסיה.

■ בחר העובד בקרן פנסיה חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן פנסיה - יש לצרף אישור הצטרפות מהקרן (נספח ו'). לקרנות ברירת מחל בלבד ולרופא שבחר בקופת הגמל "ארם גמולים" - אין חובה לצרף אישור הצטרפות.

אישור חברת הביטוח - ביטוח מנהלים				
שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
			/ /	

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל
הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה
נספח א-6 - שכר פנסיוני – רופאים (פנסיה צוברת)
עד 80% מהשכר השוטף (שכר קובע + עבודה נוספת)

אל: **משרד / ביה"ח:** _____ [בחר/י באחת משתי האפשרויות הבאות:]

זכויות/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

<input type="checkbox"/> בחירת קרן פנסיה בגין % מהשכר הקובע	<input type="checkbox"/> בחירת ביטוח מנהלים בגין % מהשכר הקובע
<p>הפרשות הממשלה: 6.5% לתגמולים 6% לפיצויים</p> <p>הפרשות העובד/ת לתגמולים: _____% (7% - 6%)</p> <p>שם קרן הפנסיה: _____</p> <p>מס' קופה במל"מ: _____</p> <p>מס' קופה בשוק ההון: _____</p>	<p>הפרשות הממשלה: [מינימום 5%] 6% לפיצויים</p> <p>הפרשות העובד/ת לתגמולים: _____% (7% - 6%)</p> <p>שם חברת הביטוח: _____</p> <p>מס' קופה במל"מ: _____</p> <p>מס' קופה בשוק ההון: _____</p>

<input type="checkbox"/> בחירת קרן פנסיה השלמה עד 80% מהשכר השוטף	<input type="checkbox"/> בחירת ביטוח מנהלים השלמה עד 80% מהשכר השוטף
<p>הפרשות הממשלה: 6.5% לתגמולים 6% לפיצויים</p> <p>הפרשות העובד/ת לתגמולים: _____% (7% - 6%)</p> <p>שם קרן הפנסיה: _____</p> <p>מס' קופה במל"מ: _____</p> <p>מס' קופה בשוק ההון: _____</p>	<p>הפרשות הממשלה: [מינימום 5%] 6% לפיצויים</p> <p>הפרשות העובד/ת לתגמולים: _____% (7% - 6%)</p> <p>שם חברת הביטוח: _____</p> <p>מס' קופה במל"מ: _____</p> <p>מס' קופה בשוק ההון: _____</p>

מוסכם בין הצדדים כי ההסדר בנספח זה מהווה, בהתאם לסעיף 1(א) (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-72% 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 מיועדות לרכישת אובדן כושר עבודה, שלפחות 75% מהשכר המבוטח ו/או 2.5% א.כ.ע. ידוע לי כי המעסיק לא יהיה מחויב בהפרשה לאובדן כושר עבודה במידה ובחתי שלי להפריש לרכיב זה. 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".

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן הפנסיה / קופת הגמל

■ בחר העובד בקרן פנסיה קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב- 3 החודשים האחרונים - **יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן הפנסיה.**

■ בחר העובד בקרן פנסיה חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן פנסיה - **יש לצרף אישור הצטרפות מהקרן (נספח ו'). לקרנות ברירת מחדל בלבד ולרופא שבחר בקופת הגמל "ארם גמולים" - אין חובה לצרף אישור הצטרפות.**

אישור חברת הביטוח – ביטוח מנהלים				
שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
			/ /	

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל
הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה
נספח א-7 - שכר פנסיוני - רופאים (פנסיה תקציבית / צוברת)
עבור יתרת השכר המבוטח מ - 81% ועד 100% מהשכר השוטף
 [מחייב למלא נספח א-6 או א-8]

אל: **משרד / ביה"ח:** _____

זכויותיו/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

בחירת קרן פנסיה/ביטוח מנהלים/ קופת גמל* - עבור יתרת השכר השוטף:
 [ידוע לי כי באפשרותי לפנות לארגון העובדים היציג לקבלת מידע רלוונטי]

הפרשות הממשלה: **7.5% לתגמולים** הפרשות העובד/ת: **7% לתגמולים**

קרן פנסיה/ קופת גמל/ ביטוח מנהלים*	מספר קופה במ"מ	מס' קרן בשוק ההון
	5 _ _ _	

***רופא לשכת הבריאות 96% - 100% מהשכר השוטף.**

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-72% 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 מיועדות לרכישת אובדן כושר עבודה, שלפחות 75% מהשכר המבוטח ו/או 2.5% א.כ.ע. ידוע לי כי המעסיק לא יהיה מחויב בהפרשה לאובדן כושר עבודה במידה ובחתי שלי להפריש לרכיב זה. 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".

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן הפנסיה / קופת הגמל

▪ בחר העובד בקרן פנסיה קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב- 3 החודשים האחרונים - **יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן הפנסיה.**

▪ בחר העובד בקרן פנסיה חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן פנסיה - **יש לצרף אישור הצטרפות מהקרן (נספח ו'). לקרנות ברירת מחדל בלבד ולרופא שבחר בקופת הגמל "ארם גמולים" - אין חובה לצרף אישור הצטרפות.**

אישור חברת הביטוח – ביטוח מנהלים				
שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
			/ /	

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל
הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה
נספח א-8 - שכר פנסיוני - ביטוח מנהלים - רופאים (ישן) - לזכאים באישור נש"מ
עד 80% מהשכר הפנסיוני השוטף

אל: / משרד / ביה"ח:

זכויות/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

בחירת ביטוח מנהלים - בגין % <input type="text"/> מהשכר הקובע לפנסיה ולפיצויים	
הפרשות הממשלה: (מינימום 5%) <input type="text"/> % לתגמולים + <input type="text"/> % א.כ.ע [עד 7.5%]	8.33% לפיצויים
הפרשות העובד/ת לתגמולים: <input type="text"/> % [6% - 7% עפ"י בחירת העובד/ת]	באישור נש"מ בלבד
שם חברת הביטוח:	<input type="text"/>
מס' קופה במל"מ:	<input type="text"/>
מס' קופה בשוק ההון:	<input type="text"/>

בחירת ביטוח מנהלים - בגין עבודה נוספת (לרופאים מעל המשכורת הקובעת ועד 80% מהשכר)	
הפרשות הממשלה: (מינימום 5%) <input type="text"/> % לתגמולים + <input type="text"/> % א.כ.ע [עד 7.5%]	6% לפיצויים
הפרשות העובד/ת לתגמולים: <input type="text"/> % [6% - 7% עפ"י בחירת העובד/ת]	
שם חברת הביטוח:	<input type="text"/>
מס' קופה במל"מ:	<input type="text"/>
מס' קופה בשוק ההון:	<input type="text"/>

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-72% 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 מיועדות לרכישת אובדן כושר עבודה, שלפחות 75% מהשכר המבוטח ו/או 2.5% א.כ.ע. ידוע לי כי המעסיק לא יהיה מחויב בהפרשה לאובדן כושר עבודה במידה ובחתי שלי להפריש לרכיב זה. ידוע לי כי בפוליסה על שמי המבוטסת 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".

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

אישור חברת הביטוח - ביטוח מנהלים				
שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

אישור נציבות שירות המדינה - אגף פרישה וגימלאות				
שם מאשר	תפקיד	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



מדינת ישראל
הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי המדינה
נספח א-9 - שכר פנסיוני - סטאז'רים לרפואה (פנסיה צוברת)

אל: **משרד / ביה"ח:**

זכויותיו/תיה של העובד/ת:				
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
/ /			/ /	/ /

בחירת קרן פנסיה / ביטוח מנהלים / קופת גמל - בגין % מהשכר הקובע לפנסיה
<p>הפרשות הממשלה: 6.5% לתגמולים + 6% לפיצויים = 12.5%</p> <p>הפרשות העובד/ת: % <input type="text"/> [6% - 7% עפ"י בחירת העובד/ת]</p> <p>שם קרן הפנסיה / חברת הביטוח: <input type="text"/></p> <p>מס' קופה במל"מ: <input type="text"/></p> <p>מס' קופה בשוק ההון: <input type="text"/></p>

בחירת קרן פנסיה / ביטוח מנהלים / קופת גמל - בגין עבודה נוספת [למלא רק במידה ויש עבודה נוספת]
<p>הפרשות הממשלה: 7.5% לתגמולים הפרשות העובד/ת: 7% לתגמולים</p> <p>שם קרן הפנסיה / חברת הביטוח: <input type="text"/></p> <p>מס' קופה במל"מ: 5 <input type="text"/></p> <p>מס' קופה בשוק ההון: <input type="text"/></p>

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 בלקוט הפרסומים התשנ"ח בע"מ 4395 פטור לממשלה כמעסיק מ-72% של פיצויי הפיטורים 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 מיועדות לרכישת אובדן כושר עבודה, שלפחות 75% מהשכר המבוטח ו/או 2.5% א.כ.ע. ידוע לי כי המעסיק לא יהיה מחויב בהפרשה לאובדן כושר עבודה במידה ובחרתי שלא להפריש לרכיב זה. 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".

אישור העובד/ת			
מס' טלפון	כתובת [עיר, רחוב, מס' בית]	תאריך	חתימת עובד/ת
		/ /	

אישור קרן הפנסיה / קופת הגמל

■ בחר העובד בקרן פנסיה קיימת (קרן פעילה) אשר הופרשו אליה כספים ב-3 החודשים האחרונים - יש לצרף דו"ח הפרשות תקופתי מקרן הפנסיה.

■ בחר העובד בקרן פנסיה חדשה (קרן לא פעילה) או החליף קרן פנסיה - יש לצרף אישור הצטרפות מהקרן (נספח ו'). לקרנות ברירת מחדל בלבד ולרופא שבחר בקופת הגמל "אדם גמולים" - אין חובה לצרף אישור הצטרפות.

אישור חברת הביטוח - ביטוח מנהלים				
שם סוכן ביטוח	מס' טלפון	כתובת	תאריך	חתימה וחותמת חברה
			/ /	

אישור המעסיק				
שם המשרד/ביה"ח	שם מנהל משאבי אנוש	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת מנהל
			/ /	



מדינת ישראל

הצהרה על היעדר ביטוח לאובדן כושר עבודה

[נספח – 10]

אל: משרד / ביה"ח:

פרטי העובד/ת:			
מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
			/ /

מס' טלפון	כתובת – [עיר, רחוב, מס' בית]

פרטי מקום עבודה:			
משרד / ביה"ח	אגף / יחידה	תואר תפקיד	תאריך כניסה למשרד
			/ /

אני מצהיר/ה בזאת כי בחרתי מרצוני החופשי שלא לבטח את עצמי בביטוח לאובדן כושר עבודה. ידוע לי היטב כי המעסיק לא יהיה מחויב בהפרשה לאובדן כושר עבודה בעקבות בחירתי שלא להפריש לרכיב אובדן כושר עבודה (א.כ.ע.). האחריות על היעדר ביטוח לאובדן כושר עבודה ועל התוצאות וההשלכות בקרות אירוע לאובדן כושר עבודה היא באחריותי המלאה והבלעדית. הנני מצהיר/ה ומתחייב/ת בזה כי אין ולא יהיו לי ולשום אדם אחר הבא מכוחי, שום דרישות, תביעות וטענות איזו שהן, ומכל עילה שהיא, בעבר, בהווה ולעתיד, לגבי בחירתי שלא לבטח את עצמי בביטוח לאובדן כושר עבודה, כלפי המדינה וכלפי כל מי מעובדיה, שלוחיה, ומי שפועל מטעמה, והבאים בשמם, מכוחם או במקומם, והרי הם, וכל אחד מהם, פטורים ומשוחררים בזה לחלוטין.

אישור העובד/ת		
שם העובד/ת	חתימה עובד/ת	תאריך
		/ /

הסתדרות עובדי המדינה בישראל הקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה בישראל בע"מ

הנדון: הצהרה בעת הצטרפות - ביטוח הדדי

באם רצונך להשתייך לקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה, הינך מתבקש/ת למלא את הפרטים להלן וכן לאשר בחתימתך את הסכמתך להצטרפות. הביטוח הינו למקרה פטירה חו"ח, ולמקרה נכות, כהגדרתה על פי תנאי הקרן.

עמוד | 1

לתשומת לבך! אי-חתימה על בקשת ההצטרפות, תיראה כאי-הסכמה מצדך.
(במידה ואינך מעוניין להצטרף, נא לציין על גבי הטופס: "לא מעוניין/ת להצטרף")

ב ב ר כ ה,
הקרן לביטוח הדדי
לחברי הסתדרות עובדי המדינה בישראל

אל: משרד – יחידת המשרד הראשי

אני הח"מ, שם: _____ ת.ד. _____

כתובת: _____

שם מקום העבודה של העובד/ת וכתובת: _____

מועד תחילת עבודתי במשרד: _____¹

תאריך לידה: _____ ידוע לי כי הגיל המירבי להצטרפות לביטוח ההדדי הוא 60 שנה.

אני מצהיר כי הנני מתחת לגיל 60 שנה: () כן

אני מצהיר בזאת על רצוני להצטרף לקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה (להלן: "הקרן"). אני נותן בזה הוראה בלתי חוזרת לנכות ממשכורתי לקרן הנ"ל את הפרמיה השנתית בעד הביטוח ההדדי כפי שתיקבע מעת לעת ע"י הנהלת הקרן.

ידוע לי כי חובתי לוודא שהפרמיה לטובת הביטוח ההדדי מנוכית ממשכורתי מדי חודש. למעסיק לא תהיה אחריות כלפיי ככל שלא נוכתה הפרמיה עבורי, ולא אבוא בטענות אל המעסיק בקשר לכך.

סכום הביטוח אשר ישולם ע"י הקרן במקרה פטירתך, בהתאם לתנאי הקרן, ישולם לרשומים בלוח שלהלן בחלקים המצויינים ליד שמותיהם (להלן ייקראו: "המוטבים").

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	תעודת זהות	קרבת משפחה	כתובת	טלפון	חלק ב- %	
							סה"כ	100%

ידוע לי כי במקרה שלא יקבע החלק באחוזים ליד פרטי המוטבים, הוא יחולק בחלקים שווים בין המוטבים שרשומים.

¹ יש לוודא שהעובד/ת רשאי/ת להצטרף על פי תנאי הקרן ככל שחלפו מעל 12 חודשים ממועד הכניסה לשירות, לרבות אם עליו למלא טופס "הצהרת בריאות למצטרפים באיחור".
משרדנו: רחוב הלל 8, ירושלים 9458108 טל. 02-6257630, 02-6258343, פקס. 02-6245706

הסתדרות עובדי המדינה בישראל
הקרן לביטוח הדדי לחברי הסתדרות עובדי המדינה בישראל בע"מ
תאריך _____ חתימת העובד/ת _____

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

עמוד | 2

- לשאר המוטבים בחלקים שווים
- לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם
- ליורשיי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)
- אחר: _____

ידוע לי כי זכויותי וזכויות המוטבים לעיל הינן ותהיינה על פי תנאי הקרן לביטוח הדדי כפי שיהיו בתוקף מעת לעת, ועל פי החלטות מוסדותיה המוסמכים.

ידוע לי כי אני רשאי לשנות את הצהרתי זו, ובלבד שאודיע על כך לקרן לביטוח הדדי לפני פטירתי.

הערה: בהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים יועברו הכספים ליורשיי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

- להצהרה זו יצורף צילום של תעודת זהות, כולל הספח.

תאריך _____ חתימת העובד/ת _____

אישור המזהה:

אני² מאשר כי:

א. הנ"ל חתם/מה בנוכחותי לאחר שזיהיתי אותו על פי תעודת זהות

ב. העובד התחיל לעבוד בתאריך _____ ביחידה _____

במעמד _____ (זמני/קבוע/ארעי)

מס' תעודת זהות _____

תפקיד המזהה _____

שם המזהה _____

תאריך _____

חתימת המזהה _____

² בתור מזהה יחתום/תחתום עובד/ת מדינה העובד/ת ביחידת משאבי אנוש, לאחר שזיהה את העובד/ת מול תעודת זהות.

נספח 12 – הודעה למעסיק על בחירת העובד

חברת ביטוח / קרן פנסיה

נייר הנושא את לוגו החברה

תאריך: 5/8/2018

נספח ו'
הודעה למעסיק על בחירת עובד

הנושא יכלול "נספח ו'", "הודעה למעסיק
על בחירת עובד" או "אישור הצטרפות
לקרן"

לכבוד
משרד
XXX

פרטי המשרד

הרינו להודיעך כי העובדים ברשימה המפורטים להלן, בחרו להצטרף לקרן הפנסיה: XXX
מספר אישור מס הכנסה

בהתאם לאמור ולהוראות הדיון, עליך להעביר את התשלומים בגין העובדים **פרטי הקרן**

לקרן הפנסיה: XXX למספר חשבון XXX מספר בנק X מספר סניף X שם המוטב XXX

- אסמכתא על ביצוע העברה בצרוף רשימה יש לשלוח לדוא"ל: XXX
או לפקס מס' XXX

שם עובד/ת	ת.ז.
ישראל ישראלי	123456789

פרטי העובד. לכל עובד ישלח אישור נפרד

שים לב!
בהתאם להוראות משרד האוצר מעסיק שקיבל הודעה על בחירת העובד, ימלא אחר בקשת העובד ויפקיד את התשלום עבור העובד לקרן הפנסיה או קופת הגמל שנבחרה לא יאוחר מנהחודש העוקב לחודש שלאחר קבלת ההודעה.

בכבוד רב,
XXX