



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 סמן/י 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

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

* 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) 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 ובחתימתו שלא להפריש לרכיב זה. ידוע לי כי בפוליסה על שמי המבוטח 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 סמן/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
% לתגמולים + % א.כ.ע* [% לתגמולים + % א.כ.ע = 7.5%] תגמולי מעסיק לא יפחתו מ - 5% ** הפרשות לצו הרחבה: תגמולי מעסיק 6.5%	% לפיצויים ** הפרשות לצו הרחבה: פיצויים 6%	% לתגמולי עובד תגמולי עובד - 7%, למעט הפרשות לצו הרחבה:** בין 6% - 7%
* 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:

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 סמן/י בחירתך: ☒ : ☐ קרן פנסיה / ☐ ביטוח מנהלים / ☐ 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]

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:

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%	☐ ברירת המחדל * [לכלל עובדי המדינה]
4.2%	8.4%	☐ דירוג עובדי הוראה **
%	%	☐ 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: [X]

זכויות/תיה של העובד/ת:

מספר זהות [9 ספרות]	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
			/ /	/ /

1. ☐ 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. ☐ 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	7% - 6% לתגמולים		
ביטוח מנהלים	שם חברת הביטוח		מספר קופה מל"מ		מס' קופה בשוק ההון
	הפרשות הממשלה (מינימום לתגמולים 5%)		הפרשות העובד/ת		
	6.5% לתגמולים	6% פיצויים	7% - 6% לתגמולים	6% פיצויים	
	(סה"כ תגמולים + א.כ.ע. = 6.5%)		(סה"כ תגמולים + א.כ.ע. = 6.5%)		
	6.5% לתגמולים	6% פיצויים	7% - 6% לתגמולים	6% פיצויים	
	(סה"כ תגמולים + א.כ.ע. = 6.5%)		(סה"כ תגמולים + א.כ.ע. = 6.5%)		

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 מממשלה 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 ובחרתי שלא 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
		/ /	

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

☐ בחירת קרן פנסיה בגין % מהשכר השוטף הפרשות הממשלה: 6.5% לתגמולים 6% לפיצויים הפרשות העובד/ת לתגמולים: % (7% - 6%) שם קרן הפנסיה: _____ מס' קופה במל"מ: _____ מס' קופה בשוק ההון: _____	☐ בחירת ביטוח מנהלים בגין % מהשכר השוטף הפרשות הממשלה: [מינימום 5%] 6% לפיצויים הפרשות העובד/ת לתגמולים: % + % א.כ.ע. [עד 7.5%] הפרשות העובד/ת לתגמולים: % (7% - 6%) שם חברת הביטוח: _____ מס' קופה במל"מ: _____ מס' קופה בשוק ההון: _____
--	--

☐ בחירת קרן פנסיה השלמה עד 80% מהשכר השוטף הפרשות הממשלה: 6.5% לתגמולים 6% לפיצויים הפרשות העובד/ת לתגמולים: % (7% - 6%) שם קרן הפנסיה: _____ מס' קופה במל"מ: _____ מס' קופה בשוק ההון: _____	☐ בחירת ביטוח מנהלים השלמה עד 80% מהשכר השוטף הפרשות הממשלה: [מינימום 5%] 6% לפיצויים הפרשות העובד/ת לתגמולים: % + % א.כ.ע. [עד 6.5%] הפרשות העובד/ת לתגמולים: % (7% - 6%) שם חברת הביטוח: _____ מס' קופה במל"מ: _____ מס' קופה בשוק ההון: _____
--	--

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 בעמ' 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 ובחיתי שלא 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
		/ /	

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 במל"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) 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
			/ /	/ /

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

בחירת ביטוח מנהלים - בגין עבודה נוספת (לרופאים מעל המשכורת הקובעת ועד 80% מהשכר)	
הפרשות הממשלה: (מינימום 5%)	לתגמולים + % א.כ.ע [עד 6.5%]
הפרשות העובד/ת לתגמולים: %	6% לפיצויים
באישור נש"מ בלבד	
שם חברת הביטוח:	
מס' קופה במל"מ:	
מס' קופה בשוק ההון:	

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 ובחתיי שלא 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
		/ /	

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
			/ /	

אישור נציבות שירות המדינה - אגף פרישה וגמלאות				
שם מאשר	תפקיד	מס' טלפון	תאריך	חתימה וחותמת
			/ /	



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

אל: משרד / ביה"ח:

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

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

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

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 בלוקט 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
		/ /	

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
טופס נש"מ (נציבות שירות המדינה)
הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי ההוראה
נספח א'-1- שכר פנסיוני (יסוד משולב + תוספות)
ביטוח פנסיוני- הפרשות לקרן פנסיה

אל:

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

זכויות/תיה של העובד/ת:

מספר זהות (9 ספרות)		שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	החל מתאריך
תבטחנה על פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני : קרן פנסיה					
שיעורי הפרשות:					
פרטי הקופה		שם קרן הפנסיה:		מס' קופה בשוק ההון:	
בגין %	מהשכר הקובע לפנסיה* במידה ואין פיצול יש למלא "בגין 100% מהשכר הקובע"	תגמולי מעסיק	פיצויים	תגמולים העובד/ת	
		7.5% לתגמולים	6.224% לפיצויים	% 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%.

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-74.68% 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).

אישור העובד/ת

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

אישור הצטרפות של קרן הפנסיה

*חובה לצרף אישור הצטרפות של קרן הפנסיה בה בחר העובד/ת, בטרם חתימת המעסיק. *לא נדרש אישור הצטרפות לעובד/ת שבחר/ה באחת מקרנות ברירת המחדל: אלטושלר שחם, הלמן אלדובי, מיטב דש ופסגות	פרטי קרן הפנסיה:
	שם הקופה:
	טלפון:
	כתובת דוא"ל:
	כתובת:

אישור המעסיק

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



מדינת ישראל

טופס נש"מ (נציבות שירות המדינה)
הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי הוראה
נספח א-2 - שכר עבודה נוספת (שעות נוספות מעל 100% משרה)
ביטוח פנסיוני - הפרשות לקופת גמל

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				
תבוטחנה על-פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני : קופת גמל (עבודה נוספת) שיעורי הפרשות - בגין שכר עבודה נוספת																								
פרטי הקופה										שם קופת הגמל:					מס' קופה בשוק ההון:									
תגמולי מעסיק					פיצויים					תגמולי העובד/ת														
7.5% לתגמולים					8.33% לפיצויים					_____% לתגמולי עובד בין 5%-7% על פי בחירת העובד														
אישור העובד/ת כתובת מס' טלפון נייד חתומת העובד/ת תאריך כתובת דוא"ל																								

אישור הצטרפות של קופת הגמל	
* חובה לצרף אישור הצטרפות של קופת הגמל בה בחר העובד/ת, בטרם חתימת המעסיק.	פרטי קופת הגמל: שם הקופה: טלפון: כתובת דוא"ל: כתובת:
* עובד שהצטרף לקרן פנסיה ברירת מחדל (אלטשולר שחם, הלמן אלדובי, מיטב דש ופסגות) או שמילא טופס הצטרפות לכל קרן פנסיה ומבקש לבטח רובד שכר זה באותה קרן פנסיה (בלי שתפתח קופ"ג) לא יידרש לצרף טופס הצטרפות.	
* לא נדרש טופס הצטרפות לעובד/ת שבחר בקופ"ג כלנית	

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



מדינת ישראל

טופס נש"מ (נציבות שירות המדינה)
הפרשות לחיסכון פנסיוני לעובדי הוראה
נספח א-3 - החזר הוצאות (אחזקת רכב למנהלים, נסיעות, אש"ל וכו')
ביטוח פנסיוני - הפרשות לקופת גמל

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					
תבוטחנה על-פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני: קופת גמל (שכר החזר הוצאות)																	
שיעורי הפרשות - בגין שכר החזר הוצאות																	
פרטי הקופה						שם קופת הגמל:						מס' קופה בשוק ההון:					
שיעורי הפרשות						תגמולי מעסיק						תגמולי עובד/ת					
						5% לתגמולים						לתגמולי עובד % בין 5%-7% על פי בחירת העובד					
אישור העובד/ת																	
כתובת						מס' טלפון נייד											
כתובת דוא"ל						תאריך						חתימת העובד/ת					

אישור הצטרפות של קופת הגמל	
* <u>חובה לצרף אישור הצטרפות</u> של קופת הגמל בה בחר העובד/ת, בטרם חתימת המעסיק.	פרטי קופת הגמל: שם הקופה: טלפון: כתובת דוא"ל: כתובת:
* עובד שהצטרף לקרן פנסיה ברירת מחדל (אלטשולר שחם, הלמן אלדובי, מיטב דש ופסגות) או שמילא טופס הצטרפות לכל קרן פנסיה ומבקש לבטח רובד שכר זה באותה קרן פנסיה (בלי שתפתח קופ"ג) לא יידרש לצרף טופס הצטרפות.	
* לא נדרש טופס הצטרפות לעובד/ת שבחר בקופ"ג גל	

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



מדינת ישראל

טופס נש"מ (נציבות שירות המדינה)
נספח א'-4- קרן השתלמות לעובדי הוראה

אל:

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

☐
☐

זכויות/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)																								
שם קרן ההשתלמות:										מס' קופה בשוק ההון:														
שיעורי הפרשות- בגין קרן השתלמות																								
עובד/ת					מעסיק																			
2.5%					7.5%					ברצוני לחסוך בקרן השתלמות רגילה (שאינה מזכה ביציאה לשנת שבתון).														
☐ אינני מעוניין להצטרף לקרן השתלמות כלשהי, בשלב זה, ככל שאראה לנכון להצטרף לקרן השתלמות בעתיד אני מודע לכך שעליי לבצע זאת באופן עצמאי ויזום על ידי ואבצע זאת באופן הנדרש.																								
*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.																								
אישור העובד/ת																								
כתובת										מס' טלפון נייד														
כתובת דוא"ל										תאריך					חתימת העובד/ת									

טופס הצטרפות מקרן ההשתלמות	
חובה לצרף העתק מטופס ההצטרפות לקרן ההשתלמות בה בחרת, בטרם חתימת המעסיק.	

אישור המעסיק			
משרד החינוך- מחוז:		מספר טלפון:	
משרד החינוך			
תאריך:		שם חשב השכר:	



מדינת ישראל

הצהרה על היעדר ביטוח לאובדן כושר עבודה ושאירים

נספח א-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 ולשאירים. ידוע לי היטב כי המעסיק לא יהיה מחויב בהפרשה לאובדן כושר עבודה בעקבות בחירתי שלא להפריש לרכיב אובדן כושר עבודה (א.כ.ע.) ולשאירים. האחריות על היעדר ביטוח לאובדן כושר עבודה ועל התוצאות וההשלכות בקורות 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
		/ /