



**מדינת ישראל**  
**נספח א' (3)**  
**ביטוח מנהלים**

**ביטוח פנסיוני - (פנסיה צוברת)**  
**הפרשות לפנסיה (גמל) ולפיצויי פיטורים - לזכאים באישור נש"מ**

זכויות/תיה של העובד/ת			שם משפחה		שם פרטי	מס' זהות	החל מתאריך		
						ס"ב	שנה	חודש	יום

**תבטחנה על-פי בחירתו/ה בהסדר פנסיוני כדלקמן:**

א. בגין % מהשכר הקובע		הפרשות הממשלה		הפרשות העובד/ת	
5% לתגמולים א.כ.ע. (תגמולים + א.כ.ע עד 7.5%)		8.33% פיצויים		לתגמולים (5% - 7%) על-פי בחירת העובד/ת	
שם חברת הביטוח		סמל מוטב מל"מ (טופס 255)		מס' פוליסה/אסמכתא	
בביטוח מנהלים				מס' קופה בשוק ההון	

ב. בגין עבודה נוספת		הפרשות הממשלה		הפרשות העובד/ת	
5% לתגמולים א.כ.ע. (תגמולים + א.כ.ע עד 7.5%)		6% פיצויים		לתגמולים (5% - 7%) על-פי בחירת העובד/ת	
שם חברת הביטוח		סמל מוטב מל"מ (טופס 255)		מס' פוליסה/אסמכתא	
בביטוח מנהלים				מס' קופה בשוק ההון	

ג. בגין החזר הוצאות		הפרשות הממשלה		הפרשות העובד/ת	
5%		5%		(5% - 7%) על-פי בחירת העובד/ת	
שם חברת הביטוח		סמל מוטב מל"מ (טופס 255)		מס' פוליסה/אסמכתא	
בביטוח מנהלים				מס' קופה בשוק ההון	

במידה שאין "החזר הוצאות" או "עבודה נוספת" אין למלא סעיפים אלו.

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 להחזר כספים מתוך תשלומיה לפי האמור לעיל, אלא אם משך/ה העובד/ת כספים שלא בשל אירוע מזכה לעניין נספח זה. "אירוע מזכה" פירושו - מוות, נכות או פרישה בגיל 60 או יותר.

**הצהרת העובד**

- העובד מצהיר כי חלק מהפקדות המעביד מיועדות לרכישת אובדן כושר עבודה, שלפחות 75% מהשכר המבוטח ו/או 2.5% אובדן כושר עבודה.
- 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			
כתובת	טלפון נייד/נייד	תאריך	חתימת העובד/ת
		/ /	

פרטי המעסיק					
משרד/יחידה	כתובת	טלפון	פקס	תאריך	חתימה (מנהל/ת משאבי אנוש)
				/ /	

אישור גורם מבטח - חברת ביטוח			
שם איש/ת הקשר	טלפון נייד	טלפון נייד	כתובת
טלפון בחברה		דואר אלקטרוני	
תאריך		חתימה וחותמת גורם מבטח	