

מדינת ישראל  
המכון למחקר ביולוגי

**ביטוח מנהלים – עובדי מחקר**  
**לעובדים חדשים אשר הגיעו לאחר מועד החלטת ועדת המעקב מיום 18.12.12**

נספח א' (3)

**ביטוח פנסיוני – (פנסיה צוברת)**  
**הפרשות לביטוח מנהלים ולפיצויי פיטורים**

בתוקף החל מיום \_\_\_\_\_

זכויותיו/ה של העובד/ת: \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_.

תבוטחנה עפ"י בחירתו/ה בהסדר פנסיוני כדלהלן:

בחברת הביטוח \_\_\_\_\_ שם הקופה \_\_\_\_\_ מס' עמית \_\_\_\_\_ מס' קרן בשוק ההון \_\_\_\_\_

א. **בגין השכר הקובע –**  
הפרשות הממשלה: 6% פיצויים, 6.5% תגמולים ואובדן כושר עבודה (שעור התגמולים % \_\_\_\_\_, שעור א.כ.ע. % \_\_\_\_\_). השיעור הדרוש להבטחת הכנסה בגובה 75% מהשכר הקובע לפנסיה. ניכויי העובד: \_\_\_\_\_ (6%-7%) על פי בחירת העובד.

בחברת הביטוח \_\_\_\_\_ שם הקופה \_\_\_\_\_ מס' עמית \_\_\_\_\_ מס' קרן בשוק ההון \_\_\_\_\_

ב. **בגין "עבודה נוספת" –**  
הפרשות הממשלה: 6% פיצויים, 6.5% תגמולים ואובדן כושר עבודה (שעור התגמולים % \_\_\_\_\_, שעור א.כ.ע. % \_\_\_\_\_). השיעור הדרוש להבטחת הכנסה בגובה 75% מהשכר הקובע לפנסיה. ניכויי העובד: \_\_\_\_\_ (6%-7%) על פי בחירת העובד.

בחברת הביטוח \_\_\_\_\_ שם הקופה \_\_\_\_\_ מס' עמית \_\_\_\_\_ מס' קרן בשוק ההון \_\_\_\_\_

ג. עבור הפרשות בגין רכיב ביגוד (המשולם פעם בשנה בחודש יולי) – הפרשות הממשלה 5%, הפרשות העובד 5%.

אבקש להפריש לחברת הביטוח שבסעיף א'.

אבקש להפריש לקופת גמל לשכירים:

שם הקופה \_\_\_\_\_ מס' עמית \_\_\_\_\_ מס' קרן בשוק ההון/אוצר \_\_\_\_\_

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 בעמ' 4395 (מצ"ב כנספח ב') פטור לממשלה כמעסיק מ-100% של פיצויי הפיטורים אם יגיעו לעובד בגין \_\_\_\_\_% מהשכר הקובע לפנסיה.

הממשלה מוותרת מראש על כל זכות שיכולה להיות לה להחזיר כספים מתוך תשלומיה לעיל אלא אם משך העובד כספים שלא בשל אירוע מזכה לעניין נספח זה, אירוע מזכה פירושו – מוות, נכות או פרישה בגיל 60 או יותר.

**אישור גורם מבטח**

שם איש/ת הקשר \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
מייל \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם גורם מבטח \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
פרטי חשבון בנק להפקדה: שם בנק \_\_\_\_\_ מספר סניף \_\_\_\_\_ חשבון בנק \_\_\_\_\_

**אישור העובד/ת**

טל' נייד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**למילוי ע"י המכון:**

סמל קופה חדשה \_\_\_\_\_ קיים/ חדש \_\_\_\_\_ מס' קופה באוצר \_\_\_\_\_

**אישור מנהל משאבי אנוש:**

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

