

ש.כ. 2017-35002

תיק:

לכבוד:

הנדון: בקשה לביצוע הפרשות עבור רכיב "הדרכת סטודנטים" לדירוגים פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת ותזונה

שם המדריך: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_

### לעובד המבוטח בקופת גמל לקצבה/קרן פנסיה חדשה/קרן פנסיה ותיקה

אבקש כי תבוצע הפרשה של המעסיק מרכיב "הדרכת סטודנטים" המשולם לי, לקרן הפנסיה / לקופת גמל לקצבה בה/ן אני מבוטח/ת, בשיעור של 13.5%. אני מסכים כי במקביל המעסיק ינכה משכרי שיעור של 7% מרכיב זה - לקרן הפנסיה / לקופת גמל לקצבה בה/ן אני מבוטח/ת.

חתימת העובד/ת: \_\_\_\_\_

חתימת מנהל משאבי אנוש: \_\_\_\_\_

### לעובד המבוטח בביטוח מנהלים

אבקש כי תבוצע הפרשה של המעסיק מרכיב "הדרכת סטודנטים" המשולם לי לביטוח המנהלים בו אני מבוטח/ת, בשיעור של 13.5%. אני מסכים כי במקביל המעסיק ינכה משכרי שיעור של 7% מרכיב זה - לביטוח המנהלים בו אני מבוטח/ת.

בשל דרישת חברות הביטוח לאשר הגדלת הפרשות לביטוח המנהלים, אני מאשר כי עדכנתי את חברת הביטוח בדבר ביצוע הפרשה על רכיב זה, ולא תהיה לי כל טענה למדינת ישראל הנובעת מביצוע ההפרשות על רכיב זה.

ידוע לי כי בתגמולי המעביד ייכלל גם רכיב של אובדן כושר עבודה וסכום תגמולי המעביד לרבות בגין אובדן כושר עבודה לא יעלה על 7.5% מתוך הפרשת המעביד. אני מצהיר/ה כי רכשתי אובדן כושר עבודה (כמפורט באישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים).

חתימת העובד/ת: \_\_\_\_\_

חתימת מנהל משאבי אנוש: \_\_\_\_\_

העתק:  
מנהל מחלקת משכורת  
תיק אישי