

## הצהרת מעסיק בגין כספי פיצויים לעובד

נא מלא את הטופס במלואו.

פרטי העמית		
שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות

פרטי המעסיק		
שם התאגיד / העסק	מספר ח.פ. / עוסק מורשה	
איש קשר מורשה		
שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות
טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני	

הצהרת המעסיק (יש לבחור חלופה אחת)	
<input type="checkbox"/>	אני הח"מ, המעסיק של העמית שפרטיו לעיל, מאשר את הפקדת כספי מרכיב הפיצויים בקופת הגמל / קרן הפנסיה של העמית למסלול השקעה בהתאם לבחירת העמית.
<input type="checkbox"/>	אני הח"מ, המעסיק של העמית שפרטיו לעיל, מאשר כי נקבע בהסכם קיבוצי/בהסכם אחר שהפקדת כספים על ידי למרכיב הפיצויים בקופת הגמל/קרן הפנסיה של העמית, תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963, ואין מניעה שהעמית יבחר בהתאם לשיקול דעתו את מסלול ההשקעה שיחול על כספי הפיצויים כאמור.

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
חותמת התאגיד / העסק חתימה של איש הקשר המורשה תאריך