

בקשת הצטרפות לקרן השתלמות

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

ימולא ע"י מח' קופ"ג		פרטי החברה המנהלת	
מספר החשבון של העמית בקרן	קוד קרן השתלמות	שם קרן השתלמות *	שם החברה המנהלת
	419	רופאים קרן השתלמות	יהב רופאים - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין	מצב משפחתי
					ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/>
יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד	שכיר <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/>		

פרטי מעסיק

שם המעסיק*	כתובת המעסיק	מספר טלפון*	ח.פ/עוסק מורשה

מסלולי ההשקעה בקרן השתלמות

מסלולי ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0%-100%):

שם מסלול ההשקעה	מ"ה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
השתלמות רופאים כללי	419	<input type="checkbox"/>
השתלמות רופאים אג"ח ממשלת ישראל	1472	<input type="checkbox"/>
השתלמות רופאים מניות	12435	<input type="checkbox"/>

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול הכללי.

שים לב!

נוסף על דמי הניהול רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה, הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה. לצפיה לחץ כאן

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן ההשתלמות שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.

אני מסכים/ה לקבל מהחברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.

כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: Moked@hrofim.org.il או לכתובת: שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701.

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמולאו בפרטי העמית:

הודעת טקסט (מסרון) דואר אלקטרוני דואר

לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, ישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן השתלמות, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן השתלמות: www.krn-rofim.co.il

פרטי בעל רישיון (לא נדרש בהצטרפות ישירה של העמית ובהצטרפות מקוונת)

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם הסוכנות

רשימת מסמכים מצורפים

צילום תעודת זהות (חובה) יפוי כח - בהתאם להוראות הממונה מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה

כתב מינוי אפוטרופוס (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך) טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה

חתימת העמית* _____ ✍ תאריך חתימה: _____

חתימת בעל רישיון _____ ✍ תאריך חתימה: _____

חתימת אפוטרופוס _____ ✍ תאריך חתימה: _____

את טופס ההצטרפות + צילום תעודת זהות (לא ניתן לפתוח חשבון בקרן ללא צירוף צילום ת"ז) ניתן להעביר אלינו באחת הדרכים הבאות:

(1) בדואר לכתובת – שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701.

(2) בדוא"ל Moked@hrofim.org.il

טלפון לבירורים 072-2790007, שעות מענה טלפוני בימים א'-ה' בין השעות 8:00-16:00.

יהב רופאים – חברה לניהול קופות גמל בע"מ

הצהרת העמית*

מתקבון הקרן:

"מטרת הקרן: התוכנית תיועד לקרן השתלמות וחסכון לרופאים שכירים בישראל עפ"י החוק".

לאור האמור לעיל, אבקשך לאשר את הרשום להלן:

אני מצהיר כי הנני בעל רישיון עיסוק ברפואה ומוסמך כרופא שכיר. כמו כן, ידוע לי כי עלי לעדכן את קרן ההשתלמות בכל שינוי ביחס להצהרתי כאמור.

שם העמית _____

מספר ת"ז _____

חתימת העמית _____ ✍

תאריך חתימה _____