

טופס הצטרפות לקופת גמל להשקעה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)
כל האמור בטופס זה בלשון זכר מתייחס גם לנקבה.

פרטי החברה המנהלת:

שם החברה המנהלת*	שם קופת גמל*	קוד קופת גמל	מספר החשבון של העמית בקופה
יחד רופאים – חברה לניהול קופות גמל בע"מ	יחד רופאים קופת גמל להשקעה	14947	

פרטי העמית:

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	רווק / נשוי / גרוש / אלמן / ידוע בציבור

יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד

כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים	טלפון נייד	טלפון קווי

סוג ההפקדה:

סמן את בחירתך באחת מהאופציות הבאות:

הפקדה חודשית
 הפקדה חד פעמית
 הפקדה חודשית + חד פעמית

גובה הפקדה חודשית¹: ₪ _____ גובה הפקדה חד פעמית: ₪ _____

¹ תקרת ההפקדה השנתית לכל קופות הגמל להשקעה שלך לשנת 2024 עומדת על כ- 76,449 ₪ במהלך שנה קלנדרית. תקרת ההפקדה תתעדכן מידי שנה לפי שיעור עליית המדד ובהתאם להוראות הדין.

מסלולי השקעה בקופת גמל:

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0 ל- 100 אחוז):

מסלולי ההשקעה בקופת הגמל נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספיך המושקעים בקופה.

קוד מסלול	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפיק
<input type="checkbox"/>	רופאים כללי	14948
<input type="checkbox"/>	רופאים מניות	14949
<input type="checkbox"/>	רופאים עוקב מדד S&P 500	15203

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספיך במסלול ברירת המחדל

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למוסרו על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קופת הגמל שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א-1981, תקנות הגנת הפרטיות (אבטחת מידע), תשע"ז-2017 ובהתאם להנחיות רשם מאגרי המידע כפי שמעודכנות מעת לעת.

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 הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל moked@hrofim.org.il או לכתובת: שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701.

חתימה

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

- דואר אלקטרוני
- הודעת טקסט (מסרון)
- דואר



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

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קופת הגמל, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל:
[/https://www.krn-rofim.co.il](https://www.krn-rofim.co.il)

הצהרות העמית:

1. אם יתברר בעתיד כי בטעות זוכה חשבוני בסכומי כסף שלא הייתי זכאי להם, החברה תהיה זכאית לחייב ולהיפרע מחשבונתי, המנוהלים על ידי, בגין סכומים אלו בצירוף רווחים שהצטברו על סכומים אלו עד מועד השבתם לקופה.
2. ידוע לי כי הכספים שיועברו ו/או שיופקדו בקופה יישאו את תשואת הקופה רק החל מהיום העוקב ליום בו יועברו בפועל לחשבון הקופה.
3. ידוע לי כי עד אשר יגיע טופס מינוי מוטבים, מלא וחתום כמפורט בתקנון הקופה ובהתאם להוראות הדין, הסכומים המגיעים לי במקרה פטירה ישולמו ליורשיי על פי דין או על פי צו קיום צוואה.
4. הנני מודע ומסכים כי ייתכן שהחברה תמסור פרטים אודותיי ו/או אודות הקופות אשר ברשותי במידה שהדבר יידרש מכוח הוראות הדין ו/או עקב הנחיות רשות שלטונית כלשהי, בארץ או בחו"ל.
5. ידוע לי כי ככל שאסרב לשתף פעולה עם החברה לצורך מילוי הוראות חוק ה-FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) והתקן לחילופי מידע אוטומטיים CRS (Common Reporting Standard) החברה תהא רשאית לסגור את חשבוני ואני אשא בכל ניכוי המס ו/או התשלומים שייגרמו בעקבות סגירת החשבון. לפיכך אני מצהיר ומתחייב כי לא תהיה לי כל טענה בקשר לסגירת החשבון כאמור. כמו כן, אני מצהיר כי ידוע לי שיתכן ויועבר דיווח על סירובי למסור פרטים לרשויות השלטוניות הרלבנטיות.
- 6.

רשימת מסמכים מצורפים

- צילום תעודת זהות + ספח
- טופס הוראה לחיוב חשבון (רשות)
- הוראה להפקדה חד פעמית (רשות)
- ייפוי כח – בהתאם להוראות הממונה

תאריך חתימה*

חתימת העמית*

הצהרת העמית*

לאור האמור לעיל, אני מצהיר כי:

- הנני בעל רישיון עיסוק ברפואה ומוסמך כרופא ;
- בן/ בת זוג של עמית/ה ;
- סטאזר/ית ;

כמו כן, ידוע לי כי עלי לעדכן את החברה המנהלת בכל שינוי ביחס להצהרתי כאמור.

שם: _____

תאריך: _____

חתימה: _____



FATCA הצהרת

1. האם את/ה אזרח/ית ארצות הברית?² כן לא
2. האם את/ה תושב/ת ארצות הברית לצרכי מס?³ כן לא
3. אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם), יש לצרף טופס W9⁴ ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב.
U.S. TIN _____
4. אני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.
שם: _____
תאריך: _____
חתימה: _____

הצהרת CRS (חובה למלא בהצטרפות עמית במעמד עצמאי)

1. האם אתה תושב לצרכי מס של מדינה זרה שאינה ישראל או ארה"ב? כן לא
2. אם סימנת "כן" בסעיף 1 לעיל אנא ציין את המדינה הנך תושב לצרכי מס: _____
ומספר ה-TIN _____

הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון

אני _____ בעל תעודת זהות מספר _____
מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי אני מתחייב להודיע לקופה אם אפעל בעבור אחר.
אני מצהירה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.

_____	_____	_____
חתימה	שם ושם משפחה	תאריך
		שם: _____
		תאריך: _____
		חתימה: _____

² בכפוף להוראות הדין בארה"ב

³ בכפוף להוראות הדין בארה"ב

⁴ W9- Request for Taxpayer Identification Number and Certification

