

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 הגמל	מספר החשבון של העמית בקרן
יהב 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
					ז נ	רווק נשוי גרזש 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+חד פעמית

הפקדה חד פעמית

הפקדה חודשית

גובה הפקדה חד פעמית: ₪ _____

גובה הפקדה חודשית: ₪ _____

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

מסלולי ההשקעה בקופת גמל:

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

שם מסלול ההשקעה	קוד מסלול	שיעור מתוך סכום ההפקדה
רופאים כללי	14948	
רופאים מניות	14949	
השקעה רופאים עוקב מדד S&P 500	15203	

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

חתימה

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:

דואר אלקטרוני הודעת טקסט (מסרון) דואר

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

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

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

הצהרות העמית:

1. אם יתברר בעתיד כי בטעות זוכה חשבוני בסכומי כסף שלא הייתי זכאי להם, החברה תהיה זכאית לחייב ולהיפרע מחשבונותיי, המנוהלים על ידה, 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 אודותי 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)
 - יפיו כח - בהתאם להוראות הממונה

חתימת העמית* _____ תאריך חתימה* _____

הצהרת העמית*

לאור האמור לעיל, אבקשך לאשר את הרישום להלן:
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 _____ 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 W9³ 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 (לחץ לקישור לטופס W9)

אני _____ בעל תעודת זהות מספר _____
מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי, אני מתחייב להודיע לקופה אם אפעל בעבור אחר.

שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

² בכפוף להוראות הדין בארה"ב
³ בכפוף להוראות הדין בארה"ב

טופס הצהרת עמית

מס' חשבון _____ שם קופת הגמל _____

אני _____ בעל מס' זהות _____

מצהיר בזה כי:

אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בחשבון זולת העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בחשבון;

יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים;

הסיבה לכך: _____

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

הנהנים בחשבון הם:

שם	מס' זהות	שם המדינה בה הוצא מסמך הזיהוי	תאריך לידה*	מען*

* ימולא אם חסר שם ומספר זהות.

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מס' זהות	שם המדינה בה הוצא מסמך הזיהוי	תאריך לידה*

* ימולא אם חסר שם ומספר זהות.

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי-מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.