

בקשת הצטרפות לקרן השתלמות

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת			
שם החברה המנהלת	שם קרן השתלמות*	קוד קרן השתלמות	מספר החשבון של העמית בקרן
יחד רופאים - חברה לניהול קופות גמל בע"מ	רופאים קרן השתלמות	419	

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם		מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה*	מין	מצב משפחתי
						ז נ	רווק נשוי גרש אלמן ידוע בציבור
ישוב*		ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים		טלפון נייד		טלפון קווי			מעמד
							שכיר שכיר בעל שליטה עצמאי עצמאי באמצעות מעסיק

פרטי המעסיק

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

מסלול השקעה בקרן השתלמות

מסלולי השקעה בקרן השתלמות נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספיך המושקעים בקרן

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0%-100%)

מ"ה	שם מסלול ההשקעה	ח.פ/עוסק מורשה
419	השתלמות רופאים כללי	
1472	השתלמות רופאים אג"ח ממשלת ישראל	
12435	השתלמות רופאים מניות	
15204	השתלמות רופאים עוקב מדד S&P 500	

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספיך 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. לצפייה לחץ כאן

עמית עצמאי

פרטי תשלום של עמית עצמאי:

סכום הפקדה	תאריך תחילת גבייה	תדירות תשלום

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע ליחד רופאים – חברה לניהול קופות גמל בע"מ (להלן: "החברה") ומסירת המידע תלויה ברצוני החופשי ובהסכמתי.

מטרת מסירת המידע היא לצורך שירות, ניהול ותפעול שוטף של קרן ההשתלמות וקופת גמל להשקעה של החברה ודיווח לפי דין, לרבות מילוי כל חובה חוקית החלה על החברה בקשר עם אספקת המוצר והוא יישמש למטרות אלה בלבד. המידע עשוי להימסר לצדדים שלישיים כמו ספקי IT, בנק מתפעל וכו' לצורך מימוש מטרות אלה [קרי ניהול ותפעול שוטף של מוצרי החברה] בלבד.

אי הסכמה למסירת המידע, עלולה לגרום לפגיעה במטרות אלה לרבות יכולת החברה לספק את השירותים המבוקשים או תפעולם.

המידע יישמר במאגרי מידע שבניהול החברה והיא בעלת השליטה במאגר כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981. **למידע נוסף, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות.** ידוע לי כי אני רשאי לפנות לחברה לשם עיון במידע אודותי אשר ברשותה ולבקש לתקנו, או לכל עניין אחר הקשור בעיבוד המידע אודותי באמצעות פנייה לממונה הגנת הפרטיות בכתובת מייל DPO@primesec.co.il.

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 קרן השתלמות, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן ההשתלמות: <https://www.krn-rofim.co.il>
פרטי בעל הרישיון (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) ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה
אישור על עוסק עצמאי הרשום במע"מ טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון
הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי 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 מהדרכים הבאות:
1. בדואר לכתובת: שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701
2. בדואר ל" Moked@hrofim.org.il
טלפון לברורים 072-2790007, שעות מענה טלפוני בימים א'-ה' בין השעות 8:00-16:00
יחד רופאים - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

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

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

שם _____ תאריך _____ חתימה 

הצהרת FATCA

- האם את/ה אזרח/ית ארצות הברית? כן לא
- האם את/ה תושב/ת ארצות הברית לצרכי מס? כן לא
- אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) יש לצרף טופס W⁹ 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)

- האם אתה תושב לצרכי מס של מדינה זרה שאינה ישראל או ארה"ב? כן לא
- 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 _____

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.