

קוד סביבת עבודה: KGAM קוד מפתח: 1:

הוראת מינוי מוטבים בקופת גמל להשקעה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת		פרטי המנהל	
שם החברה המנהלת	שם קופת גמל	קוד קופת הגמל	מספר החשבון של העמית בקרן
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
					ז ☐ נ ☐	רווק ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ אלמן ☐ ידוע בציבור ☐
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים		טלפון נייד				

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקרן לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון:

שם פרטי*	שם משפחה*	תאריך לידה	מס' זהות/דרכון	כתובת	קרבת משפחה	חלק ב- %*
סה"כ:						

*ככל שלא ימולא החלק של המוטב באחוזים, בעת פטירה יחולקו הסכומים והתגמולים באופן שווה בין המוטבים.

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים והתגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

- ☐ לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם ☐ ליורשיו החוקיים של המוטב שנפטר (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)
- ☐ לשאר המוטבים בחלקים שווים ☐ אחר: _____
- ☐ ליורשיו החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)

הערה: בהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשיו על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנות.

אישורים ומסמכים

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 ישמש 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.

חתימה _____ תאריך _____

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

☐ צילום תעודת זהות ו/או דרכון לתושב זר (חובה)

חתימת העמית _____ תאריך _____

פרטי בעל הרישיון

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

הצהרת בעל רישיון

אני _____ שפרטיו לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ו/או מולאה לבקשת העמית לאחר שהעמית זוהה על ידי

חתימת בעל רישיון _____ תאריך: _____

ניתן להעביר את הוראת מינוי המוטבים, בצירוף צילום קריא של תעודת זהות בדואר לכתובת: שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701
טלפון לבירורים 072-2790007, שעות צענה טלפוני בימים א'-ה' בין השעות 8:00-16:00
קת 432 רופאים 4.20

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

צילום תעודת זהות ו/או דרכון לתושב זר (חובה)

חתימת העמית _____ תאריך _____

פרטי בעל הרישיון

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

הצהרת בעל רישיון

אני _____ שפרטיו לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ו/או מולאה לבקשת העמית לאחר שהעמית זוהה על ידי

חתימת בעל רישיון _____ תאריך: _____

ניתן להעביר את הוראת מינוי המוטבים, בצירוף צילום קריא של תעודת זהות בדואר לכתובת: שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701
טלפון לבירורים 072-2790007, שעות צענה טלפוני בימים א'-ה' בין השעות 8:00-16:00
קת 432 רופאים 4.20