

מינוי מוטבים בקרן השתלמות

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

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

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה*	מין	מצב משפחתי
					ז	רווק
					נ	נשוי
						גרש
						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 ימלא החלק של המוטב באחוזים, בעת פטירה יחולקו הסכומים והתגמולים באופן שווה בין המוטבים.

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

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

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

אישורים ומסמכים

יידוע 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