

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
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 גרש ידוע בציבור
ישוב*	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 חודשית: ₪ _____ גובה הפקדה חד פעמית: ₪ _____

מסלולי השקעה בקופת גמל:

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

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

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

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

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 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

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

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.

הצהרות העמית:

- אם יתברר בעתיד כי בטעות זוכה חשבוני בסכומי כסף שלא הייתי זכאי להם, החברה תהיה זכאית לחייב ולהיפרע מחשבונותיי, המנוהלים על ידי, בגין סכומים אלו בצירוף רווחים שהצטברו על סכומים אלו עד מועד השבתם לקופה.
- ידוע לי כי הכספים שיועברו ו/או שיופקדו בקופה יישאו את תשואת הקופה רק החל מהיום העוקב ליום בו יועברו בפועל לחשבון הקופה.
- 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.
- 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.
- 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 שייתכן ויועבר דיווח על סיורבי למסור פרטים לרשויות השלטוניות הרלבנטיות.
- רשימת מסמכים מצורפים
צילום תעודת זהות + סכח
טופס הוראה לחיוב חשבון (רשות)
הוראה להפקדה חד פעמית (רשות)
ייפוי 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 _____

הצהרת FATCA

1. האם את/ה אזרח/ית ארצות הברית? ☐ כן ☐ לא

2. האם את/ה תושב/ת ארצות הברית לצרכי מס? ☐ 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

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
⁴ W9 - Request for Taxpayer Identification Number and Certification

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.