

עדכון פרטים אישיים

ימולא ע"י מח' קופ"ג

מספר החשבון של העמית	מספר מ.ה	שם הקופה	שם החברה המנהלת
	419	<input type="checkbox"/> רופאים קרן השתלמות	יחד רופאים - חברה לניהול קופות גמל בע"מ
	14947	<input type="checkbox"/> קופת גמל להשקעה	

פרטי העמית

מס' זהות/דרכון*		שם משפחה*			שם פרטי*	
מיקוד	דירה	בית*	רחוב*	ת.ד.*	יישוב*	

פרטי בעל רישיון

מצב משפחתי		מין	תאריך לידה	מס' זהות/דרכון*	שם משפחה*		שם פרטי*
רווק <input type="checkbox"/>	נשוי <input type="checkbox"/>				רחוב*	ת.ד.*	יישוב*
גרוש <input type="checkbox"/>	אלמן <input type="checkbox"/>						
ידוע בציבור <input type="checkbox"/>	מיקוד	דירה	בית*				
טלפון קווי		טלפון נייד		כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים			

פרטי בן/בת זוג

מין	תאריך לידה	מס' זהות/דרכון*	שם משפחה*	שם פרטי*

מסמכים מצורפים

 תעודת זהות (כולל ספח) / דרכון (לתושב זר)

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע ליחד רופאים – חברה לניהול קופות גמל בע"מ ("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 לבור 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

חתימת העמית _____ תאריך חתימה _____

חתימת בעל הרישיון _____ תאריך חתימה _____

ניתן להעביר את טופס עדכון הפרטים בצירוף צילום תעודת זהות כולל הספח (או צילום דרכון לתושב חוץ) בכל אחת מהדרכים הבאות:

1. בדואר לכתובת – שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701.

2. בדוא"ל Moked@hrofim.org.il

טלפון לבריורים 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

חתימת העמית _____ תאריך חתימה _____

חתימת בעל הרישיון _____ תאריך חתימה _____

ניתן להעביר את טופס עדכון הפרטים בצירוף צילום תעודת זהות כולל הספח (או צילום דרכון לתושב חוץ) בכל אחת מהדרכים הבאות:

1. בדואר לכתובת – שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701.

2. בדוא"ל Moked@hrofim.org.il

טלפון לבריורים 072-2790007, שעות מענה טלפוני בימים א'-ה' בין השעות 8:00-16:00

קת 432 רופאים 4.20