

עדכון פרטים אישיים

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

ימולא ע"י מח' קופ"ג		שם החברה המנהלת	
מספר החשבון של העמית בקרן	קוד קרן ההשתלמות	שם קרן השתלמות*	יהב רופאים - חברה לניהול קופות גמל בע"מ
570	419	רופאים קרן השתלמות	

פרטי העמית

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

פרטי בעל רישיון

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

להלן הפרטים שברצוני לעדכן (נא ציין אך ורק את הפרטים שברצונך לערוך בהם שינויים):

פרטי עמית:

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

פרטי בן / בת זוג

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

מסמכים מצורפים

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

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול קרן ההשתלמות שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____ וזאת במקום באמצעות הדואר.

אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל Mail441A@fibi.co.il או לכתובת: ת"ד 8224 תל אביב 6108102.

חתימת העמית* _____ תאריך חתימה: _____

חתימת בעל רישיון _____ תאריך חתימה: _____

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

(1) לאחד מסניפי הבנק הבינלאומי

(2) בדואר לכתובת - קופות גמל, מדור הצטרפויות, ת"ד 8224 תל אביב מיקוד 6108102

(3) בדוא"ל mail441A@fibi.co.il

(4) לפקס שמספרו 03-6815005

טלפון לבירורים 03-7706087, שעות מענה טלפוני בימים א'-ה' בין השעות 8:00-17:00 ובימי ו' וערבי חג 8:00-12:00.

ק"ת 432 רופאים | 6.17