

## בקשת הצטרפות לקרן השתלמות

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*)

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

### פרטי העמית

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

### פרטי מעסיק

שם המעסיק*	כתובת המעסיק	מספר טלפון*	ח.פ/עוסק מורשה

### מסלולי השקעה בקרן השתלמות

מסלולי ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0%-100%):

שם מסלול	שם מסלול ההשקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
<input type="checkbox"/>	השתלמות רופאים כללי	571
<input type="checkbox"/>	השתלמות רופאים אג"ח ממשלת ישראל	572
<input type="checkbox"/>	השתלמות רופאים מניות	573

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול הכללי.

### אישורים

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למסור על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קרן השתלמות שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.

אני מסכים/ה לקבל מהחברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה.

כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל [mail441A@fibi.co.il](mailto:mail441A@fibi.co.il) או לכתובת: ת"ד 8224 תל אביב 6108102.

### באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים שמואלו בפרטי העמית:

דואר אלקטרוני  הודעת טקסט (מסרון)  דואר

לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, ישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן השתלמות, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן השתלמות: [www.krn-rofim.co.il](http://www.krn-rofim.co.il)

### פרטי בעל רישיון (לא נדרש בהצטרפות ישירה של העמית ובהצטרפות מקוונת)

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

### רשימת מסמכים מצורפים

צילום תעודת זהות (חובה)  ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה  מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה  כתב מינוי אפוטרופוס (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)  טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה

חתימת העמית\* \_\_\_\_\_ תאריך חתימה: \_\_\_\_\_

חתימת בעל רישיון \_\_\_\_\_ תאריך חתימה: \_\_\_\_\_

חתימת אפוטרופוס \_\_\_\_\_ תאריך חתימה: \_\_\_\_\_

את טופס ההצטרפות + צילום תעודת זהות (לא ניתן לפתוח חשבון בקרן ללא צירוף צילום ת"ז) ניתן להעביר אלינו באחת הדרכים הבאות:

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

2) לפקס שמספרו 03-6815005

3) בדוא"ל [mail441A@fibi.co.il](mailto:mail441A@fibi.co.il)

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

## הצהרת העמית\*

### מתקנון הקרן:

"מטרת הקרן: התוכנית תיועד לקרן השתלמות וחסכון לרופאים שכירים בישראל עפ"י החוק".

לאור האמור לעיל, אבקשך לאשר את הרשום להלן:

אני מצהיר כי הנני בעל רישיון עיסוק ברפואה ומוסמך כרופא שכיר. כמו כן, ידוע לי כי עלי לעדכן את קרן ההשתלמות בכל שינוי ביחס להצהרתי כאמור.

שם העמית \_\_\_\_\_

מספר ת"ז \_\_\_\_\_

חתימת העמית \_\_\_\_\_

תאריך חתימה \_\_\_\_\_