

הוראת מינוי מוטבים בקופת גמל להשקעה

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

| פרטי החברה המנהלת | | ימולא ע"י מח' קופ"ג | |
|---|------------------------------|---------------------|---------------------------|
| 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 |
|----------------------------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|--|--|
| | | | | | <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> 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 ימולא החלק של המוטב באחוזים, בעת פטירה יחולקו הסכומים והתגמולים באופן שווה בין המוטבים.

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים והתגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי 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)

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

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 ההשתלמות שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראת 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 הדיור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל Moked@hrofim.org.il או לכתובת שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701

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: _____