

## בקשת הצטרפות לקרן השתלמות

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*)

פרטי החברה המנהלת		שם קרן השתלמות*		קוד קרן השתלמות	מספר החשבון של העמית בקרן
יחד רופאים - חברה לניהול קופות גמל בע"מ		רופאים קרן השתלמות		419	

### פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות/דרכון*	תאריך לידה*	מין	מצב משפחתי
					ז נ	רווק נשוי גרשו אלמן ידוע בציבור
ישוב*		ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים		טלפון נייד		טלפון קווי		מעמד
						שכיר עצמאי
						שכיר בעל שליטה עצמאי באמצעות מעסיק

### פרטי המעסיק

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

מסלול השקעה בקרן השתלמות מסלולי השקעה בקרן השתלמות נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספיך המושקעים בקרן

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0%-100%)

מ"ה	שם מסלול ההשקעה	ח.פ/עוסק מורשה
419	השתלמות רופאים כללי	
1472	השתלמות רופאים אג"ח ממשלת ישראל	
12345	השתלמות רופאים מניות	
15204	השתלמות רופאים עוקב מדד S&P 500	

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

שים לב!

נוסף על דמי הניהול רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה, הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות.

שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה. לצפייה לחץ כאן

### עמית עצמאי

פרטי תשלום של עמית עצמאי:

שכום הפקדה	תאריך תחילת גבייה	תדירות תשלום

### 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 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 הדיוור 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**

**כרטי בעל הרישיון (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  
 אישור על עוסק עצמאי הרשום במע"מ      טופס הוראה לחיוב חשבון - עצמאי      טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון  
 הוראה להפקדה חד פעמית - עצמאי      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 מהדרכים הבאות:  
 1. בדואר לכתובת: שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701  
 2. בדואר 7"ל Moked@hrofim.org.il  
 טלפון לבירורים 072-2790007, שעות מענה טלפוני בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00  
 יחד רופאים - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

**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

כמוכן, ידוע לי כי עלי לעדכן את החברה המנהלת בכל שינוי ביחס להצהרתי כאמור.

שם \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה 


**הצהרת FATCA**

- האם את/ה אזרח/ית ארצות הברית?      כן      לא
- האם את/ה תושב/ת ארצות הברית לצרכי מס?      כן      לא
- אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם) יש לצרף טופס W9<sup>3</sup> ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב.  
 \_\_\_\_\_ U.S TIN
- 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)**

- האם אתה תושב לצרכי מס של מדינה זרה שאינה ישראל או ארה"ב?      כן      לא
- אם סימנת "כן" בסעיף 1 לעיל אנא ציין את המדינה הנך תושב לצרכי מס: \_\_\_\_\_  
 ומספר ה-TIN \_\_\_\_\_

 **(לחץ לקישור לטופס W9)**

אני \_\_\_\_\_ בעל תעודת זהות מספר \_\_\_\_\_  
 מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי, אני מתחייב להודיע לקופה אם אפעל בעבור אחר.

שם \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה 

## 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.