

## משיכת כספים מקופת גמל להשקעה

לכבוד: יחד רופאים - חברה לניהול קופות גמל בע"מ (להלן: "הקופה")

אופן משלוח הבקשות:

בדואר - שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701.

**בדואר אלקטרוני - באמצעות אתר האינטרנט של החברה המנהלת.** יש לבחור מהתפריט - שירות לקוחות <"הגשת בקשה למשיכת כספים" לתשומת לבך!

בקשה לקבלת כספים תשולם תוך 4 ימי עסקים (בהם מתקיים מסחר בבורסה) מהיום בו התקבלה הבקשה בקופה. אם חל מועד העברה / משיכה באחד מ- 3 ימי העסקים הראשונים של החודש יידחה מועד ההעברה / משיכה ליום העסקים הרביעי של אותו חודש. טופס שלא ימולא כהלכה או שלא יצורפו אליו כל המסמכים הנדרשים יוחזר וביצוע הבקשה עלול להתעכב.

יש למלא מס' חשבון מלא עבור כל אחד מחשבונות העמית			
מס' חשבון	שנה	חודש	יום

### א. פרטי העמית - יש לצרף העתק תעודת זהות של העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' תעודת זהות*	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ
רחוב*	בית*	דירה*	יישוב*	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד*	כתובת דוא"ל*		

\* שדות חובה

### ב. פרטי חשבון הקופה ממנה מבוקשת משיכת הכספים

עליך לסמן **אחת** מהאפשרויות הבאות.

(שם הקופה: יחד רופאים קופת גמל להשקעה)

כל חשבונותיי בקופה

חשבון מס': \_\_\_\_\_

באפשרותך למשוך את החיסכון שצברת בקופה כסכום הוני בכל עת ובניכוי מס רווחי הון בשיעור של 25% על הרווח הריאלי, בכפוף להוראות הדין.

### ג. אופן המשיכה

משיכה מלאה

משיכה חלקית - בסך \_\_\_\_\_ ₪

משיכת החלק הפטור ולאחריו החייב במס

### ד. פרטי חשבון בנק של העמית לצורך העברת כספים

מס' חשבון*	שם בעל החשבון (פרטי ומשפחה)*	שם בנק*	קוד בנק*	מס' סניף*
כתובת בנק (רחוב)*	בית	יישוב	מיקוד	

\* שדות חובה

**ה. פרטי המבקש - יש למלא כשהבקשה מוגשת באמצעות מיופה כוח/אפוטרופוס/הורה הקטין - (הקף בעיגול)**

שים לב, במקרה שהבקשה מוגשת על-ידי הורה הקטין יש למלא את פרטי שני הורי הקטין.

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' תעודת זהות*	תאריך לידה	מין	רחוב	בית	דירה	
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
ישוב	מיקוד	ת.ד.	טלפון נייד*	כתובת דוא"ל				

\* שדות חובה

שם פרטי*	שם משפחה*	מס' תעודת זהות*	תאריך לידה	מין	רחוב	בית	דירה	
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ				
ישוב	מיקוד	ת.ד.	טלפון נייד*	כתובת דוא"ל				

\* שדות חובה

**ו. אופן קבלת מידע ביחס לבקשת המשיכה**

לידיעתך, הודעות ישלחו לכתובת הדואר האלקטרוני שלך ולכתובת הדואר הרגיל שלך אשר ידועות לחברה.

אם אתה מעוניין שהודעות כאמור ישלחו רק לאחת מהכתובות כאמור נא סמן זאת להלן בהתאם לבחירתך:

 אני מעוניין שהודעות לפי חוזר זה ישלחו אלי רק באמצעות דואר אלקטרוני.

 אני מעוניין שהודעות לפי חוזר זה ישלחו אלי רק באמצעות דואר רגיל.

**ז. הצהרת העמית**

1. במקרה שהסכום ששולם לי כמבוקש לעיל יעלה על הסכומים המגיעים לי על פי ספרי הקופה (להלן: "הסכום העודף") אני מתחייב להחזיר לקופה כל סכום עודף ששולם לי מיד עם דרישתה הראשונה של הקופה, בתוספת כל הסכומים שהיו מצטברים על הסכום העודף לו היה נותר מופקד בקופה מיום תשלומו ועד ליום ההשבה בפועל לקופה.

2. ידוע לי כי כספי המשיכה הינם לפני ניכוי מס, אם יהיה על הקופה לנכותו במקור על פי דין, היא תהיה רשאית לעשות כן. ידוע לי כי החברה המנהלת תהא רשאית לקזז מהכספים הנמשכים כל סכום כסף שהינו בחזקת חוב ו/או הלוואה אשר העמית נותר חב כלפיה ו/או כלפי הקופה מכל סיבה שהיא במהלך היותו עמית בקופה.

**ח. רשימת מסמכים שחובה לצרף**

מסמכים שחובה לצרף לצורך ביצוע בקשת המשיכה:

 תצלום תעודת זהות (אם הנך תושב חוץ - יש להמציא במקום ת"ז תצלום דרכון בצירוף זיהוי קונסולרי)

 העתק המחאה מבוטלת או אסמכתא מהבנק הכוללים את פרטי חשבון הבנק שלך הכולל חותמת הבנק

 במשיכה באמצעות אפוטרופוס (שאינו הורה) - צו מינוי אפוטרופוס.

 במשיכה באמצעות אפוטרופוס או מיופה כוח - תצלום ת"ז של האפוטרופוס או של מיופה הכוח (אפוטרופוס שהוא הורה ימציא בנוסף, נספח לת"ז המעיד על היותו הורה הקטין).

חתימת העמית

שם מלא (פרטי ומשפחה)

תאריך

**\* במקרה שהבקשה מוגשת בידי מיופה כוח או אפוטרופוס/הורי הקטין, במקום חתימת העמית תמולא חתימת מיופה הכוח או האפוטרופוס.**

ניתן להעביר את טופס המשיכה בצירוף צילום תעודת הזהות (או צילום דרכון לתושב חוץ), בכל אחת מהדרכים הבאות:

בדואר ישראל: רחוב שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקווה 4952701.

בדואר אלקטרוני: moked@hrofim.org.il

בפקס למס': 072-2790091

טלפון לבירורים: 072-2790007

שעות מענה טלפוני: בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00.