



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

טופס הצטרפות לקופת הגמל קו הבריאות

*יש לצרף צילום ת.ז אל הבקשה (במקרה של ת.ז ביומטרית יש לשלוח צילום של שני צידי הכרטיס.)

שם החברה המנהלת	שם קופת גמל*	קוד קופת גמל	מספר החשבון של העמית בקופה
קו הבריאות – חברה לניהול קופות גמל בע"מ	קו הבריאות	301	

בקשה להתקבל כעמית

הנני מבקש בזה לקבלני כעמית בקופה. הנני מצהיר בזה שידוע לי כי, חברותי בקופה תזכה אותי בכל הזכויות המוקנות לעמיתים בהתאם לתקנון ההתאגדות של החברה המנהלת לפי העניין (להלן-החברה) ובהתאם לתכנית הקופה, כפי שיהיה בתוקף מעת לעת להלן התקנון והתוכנית וכי אהיה כפוף לכל התנאים, ההוראות וההתחייבויות המוטלות על העמיתים לפי ההסדר התחוקתי ולפי החלטות הנהלת החברה והאסיפות הכלליות של החברה אשר יתקבלו בהתאם לתקנון או התכנית ו/או ההסדר התחוקתי, כפי שיהיו מעת לעת. הריני להודיעכם כי פרטי האישיים הם כרשום בסעיף "פרטי העמית", וכי על כל שינוי אודיעכם בכתב. אם יתברר בעתיד כי, בטעות זוכה חשבוני (להלן "החשבון") בסכומי כסף שאינם שייכים לי זכאית החברה לחייב את החשבון בגין סכומים אלו בצרוף רווחי הקופה שהצטברו על סכומים אלו, עד ליום תיקון הטעות על ידי החברה.

הריני נותן בזה הוראה לנכות ממשכורתי לזכות חשבוני הנ"ל בקופה, את הסכומים המרביים האפשריים על פי דין ו/או הסכמי העבודה ו/או הסכמי השכר (להלן ההסכמים) לרבות הפרשות שידרשו לצורך שמירת ו/או הבטחת זכויותי הפנסיוניות לגבי סכומים אלה.

• הנני מצהיר כי אני מועסק בתפקיד אחראות או סטודנט לסיעוד.

פרטי העמית

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות / דרכון	תאריך לידה	מין
				ז \ נ

יישוב	ת.ד.	רחוב	בית	דירה	מיקוד

כתובת דוא"ל	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד
			שכיר / עצמאי

תנאי העסקה

שם המעסיק	ח.פ. / עוסק מורשה	כתובת המעסיק	כתובת דוא"ל של המעסיק	טל' במדור שכר

הצהרת הקופה על אי מתן הטבה למעביד עקב הצטרפות עמית לקופת גמל

קופת הגמל קו הבריאות מצהירה כי אם העמית יחליט להצטרף כעמית לקופת הגמל "קו הבריאות", לא תינתן ולא ניתנה כל הטבה למעבידו של העמית או לארגון מעבידים או לגוף אחר(שמוחזר בידי מי מהם), במישרין או בעקיפין, יהא שיעור האחזקות אשר יהא, (עקב הצטרפותו לקופת הגמל "קו הבריאות" לעניין זה "הטבה" משמעה כל הטבה) לרבות החזר הוצאות (הניתנים במישרין או בעקיפין, בכסף או בשווה כסף, בין אם ניתנה עובר להחלטה להצטרף לקופה ובין במועד אחר, בין אם ניתנה בידי קופת הגמל "קו הבריאות" ובין אם ניתנה בידי אדם אחר או גוף אחר.



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

מסלולי ההשקעה בקופת הגמל (נא לבחור אחת מבין שתי האפשרויות):

רכיב תגמולים -

שם המסלול	הפקדה בגין:	שיעור מתוך סכום ההפקדה
מודל תלוי גיל	תגמולים	
מסלול לבני 50 ומטה	תגמולים	
מסלול לבני 50-60	תגמולים	
מסלול לבני 60+	תגמולים	

רכיב פיצויים -

שם המסלול	הפקדה בגין:	שיעור מתוך סכום ההפקדה
מודל תלוי גיל	פיצויים	
מסלול לבני 50 ומטה	פיצויים	
מסלול לבני 50-60	פיצויים	
מסלול לבני 60+	פיצויים	

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול תלוי גיל בהתאם לגילך ע"פ חוזר אגף שוק ההון במשרד האוצר חוזר גופים מוסדיים 7-9-2015 מיום 17.2.2015, על פיו תשוך למסלול ברירת המחדל הרלוונטי לגילך ובהתאם להוראות התקנון. במקרה שבו לא נקבע בהסכם קיבוצי כי הפקדה לרכיב פיצויים תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקופה תותנה בקבלת אישור המעסיק.

דמי ניהול בקופת גמל -

שיעור דמי ניהול מצבירה (שנתי)	0.23%
שיעור דמי ניהול מהפקדה (חודשי)	0

קופת הגמל הינה קופה מפעלית אשר גובה את הוצאותיה בהתאם להוצאות הקופה בפועל מדי שנה בשנה. הקופה איננה גובה דמי ניהול קבועים מהצבירה או מההפקדה מעבר לכך.

חתימת העמית: _____ תאריך החתימה: _____

המסמך פונה לשני המיניים אך מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות

לשימוש הקופה בלבד: שם הפקיד/המטפל _____ חתימה: _____
 תאריך סיום טיפול: _____ הערות: _____



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

עמית עצמאי

לגבי עמית עצמאי בלבד – שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו כדלקמן:

- 16% (ברירת מחדל)
- אחר: _____

שים לב! בחירה השונה משיעור ברירת המחדל של הקופה מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.

פרטי תשלום של עמית עצמאי

תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
		₪

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 קופת הגמל שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, תקנות הגנת הפרטיות, והנחיות רשם מאגרי מידע בהתאם לסמכותו לפי חוק הגנת הפרטיות.

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

אני מעוניין לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מנויה החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל _____ או לכתובת: _____

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קופת הגמל, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל: www.kav-habriut.co.il. ניתן להירשם באתר האינטרנט של החברה לקבלת מידע ודו"חות רבעוניים.

- הצהרת עמית עצמאי לפי חוק איסור הלבנת הון - אני _____ בעל מספר זהות _____ מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי. אני מתחייב להודיע לקופה אם אפעל בעבור אחר.
 1. האם אתה אזרח ארה"ב? כול
 2. האם אתה תושב ארה"ב לצרכי מס כול
 אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו/או 2 נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב (U.S. TIN)
 חתימת העמית: _____ תאריך החתימה: _____



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

פרטי בעל רשיון (לא נדרש בהצטרפות מקוונת)

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רשיון

- ייפוי כח – בהתאם להוראות הממונה.
- מסמך הנמקה – בהתאם להוראות הממונה.
- כתב מינוי אפוטרופוס (חובה ככל שאפוטרופוס מעורב בתהליך)

חתימת העמית: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת בעל רשיון: _____ תאריך חתימה: _____

חתימת אפוטרופוס: _____ תאריך חתימה: _____

המסמך פונה לשני המינים אך מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות

לשימוש הקופה בלבד: שם הפקיד/המטפל _____ חתימה: _____
תאריך סיום טיפול: _____ הערות: _____