



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 והאספות 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 |
|---------|----------|------------------|------------|-------|
| | | | | נ / ז |

| יישוב | ת.ד. | רחוב | בית | דירה | מיקוד |
|-------|------|------|-----|------|-------|
| | | | | | |

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

מעוניין לקבל דוח שנתי/ רבעוני : (יש לסמן ב X את הבחירה הרצויה)

דואר אלקטרוני הודעת טקסט לנייד(מסרון) דואר ישראל

תנאי העסקה

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

צהרת 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: _____