



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

בקשה להעברת כספים לקופת הגמל "קו הבריאות"

לכבוד:

שם החברה המנהלת	שם קופת גמל מעבירה	מס' אישור מ"ה

שם קופת גמל מקבלת	מס' אישור מ"ה
קו הבריאות	

מצ"ב בקשתו של העמית להעברת כספים מחשבונו אצלכם, כמפורט להלן. בהמשך לבקשה, אנו מתחייבים בזאת בהתחייבות בלתי חוזרת לקבל את כספי העמית.

לכל מונח במסמך זה תהא המשמעות הנודעת לו בתקנות, אלא אם כן נקבע בו במפורש אחרת.

פרטי העמית

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	כתובת	סטטוס העמית בקופ"ג מעבירה (נא לסמן בעיגול)
				פעיל / לא פעיל

(1) ¹

☐ אני מבקש להעביר את ☐ הסכום להעברה או שיעור מתוך הסכומים שנצברו לזכות העמית בחשבונו לפי העניין ☐ סכום הכספים שהופקדו בחשבוני: ☐ עד יום 31.12.2007 ☐ החל מיום 1.1.2008		☐ מלוא הכספים (ברירת מחדל)	
☐ בכל מרכיבי החשבון (ברירת מחדל) ☐ במרכיב התגמולים ☐ במרכיב הפיצויים		☐ שניצברו לזכותי	
☐ כל מסלולי ההשקעה (ברירת מחדל) ☐ שם מסלול או מסלולי ההשקעה מהם העמית ירצה להעביר את הכספים שנצברו לזכותו -----		☐ במסלול ההשקעה	
בחשבון מס' _____ בקופת הגמל (שם קופת הגמל המעבירה) _____ מ"ה (מספר אישור מס הכנסה של הקופה המעבירה) _____		בחשבון מס' _____	
לחשבון מס' _____ בקופת הגמל <u>קו הבריאות</u>	מ"ה <u>301</u>	פרטי עו"ש	שהיא גמל לתגמולים שאינה קופת ביטוח
לידיעתך, ברירת המחדל להעברת הכספים, במידה שלא ציינת את סך היתרה שתועבר לקופה המקבלת, מרכיבי החשבון שמהם יועברו הכספים או את מסלולי ההשקעה שמהם תרצה להעביר את הכספים, היא העברת מלוא הכספים שנצברו בחשבונך בקופה המעבירה, בכל מרכיבי החשבון ובכל מסלולי ההשקעה			

חתימת העמית:

¹ למען הסר ספק, יובהר כי כל בקשת פיצול או העברה חלקית של כספים מחשבונו של העמית תבוצע ובלבד שתאפשר לפי הוראות הדין.

רחוב ויצמן 14, תל אביב מיקוד 6423914, טל' 03-6090305 פקס: 03-6956639 www.kav-habriut.co.il

מייל: tiful@kavb.co.il, WhatsApp: 052-6337804



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

(2) אני נותן בזה את הסכמתי לכך שתמסרו את כל הפרטים, הנתונים והמסמכים שיש לכם לגביי, ונדרשים לפי הוראות הרשות על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפי סעיף 23(ד) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל), התשס"ה-2005, לקו הבריאות.

(3) ידוע לי כי החל במועד הקובע ואילך תהיו פטורים מלשלם לי כל תשלום שהוא, לרבות בשל חבות ביטוחית, הנובע מהכספים שהועברו לקופת הגמל המקבלת.

(4) אני מצהיר, כי למיטב ידיעתי, במועד חתימתי על בקשת העברה זו מתקיימים כל התנאים המפורטים להלן:

- (1) לא קיים צו עיקול על חשבוני ב _____ במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;
- (2) לא קיים שעבוד שנעשה כדין על חשבוני ב _____ במלוא גובה הסכום שביקשתי להעביר כאמור לעיל;
- (3) לא קיימת בחשבוני ב _____ יתרת חוב בשל הלוואה שטרם נפרעה במלואה;
- (4) לא התחלתי לקבל קצבת זקנה מ _____ בגין הסכום להעברה;
- (5) לא הגשתי בקשה לקבלת קצבת נכות מ _____ שעודה תלויה ועומדת ולא אושרה זכאותי לקבלת קצבת נכות מ _____ שטרם פקעה;

ידוע לי כי ככל שמתקיימים לגביי במועד חתימתי על בקשת העברה זו ועד למועד ההעברה אחד מהתנאים האמורים, תבוטל בקשת ההעברה ולא תבוצע העברת כספים לקו הבריאות.

שם לב: העברת הכספים תבוצע בהתאם לחוזר "מסלולי השקעה" ע"פ הנחיית רשות שוק ההון במשרד האוצר, חוזר גופים מוסדיים 2015-9-7 מיום 17.2.15, על פיו תשויד למסלול ברירת המחלף הרלוונטי לגילך ובהתאם להוראות התקנות.

(5) לגבי עמית פעיל בלבד -

ידוע לי כי בקשתי האמורה מותנית בכך שלא יחלפו למעלה מ-120 ימים ממועד הגשת הבקשה ועד למועד שבו יופקדו בשלי לראשונה בקו הבריאות כספים, אלא אם כן אודיע לקו הבריאות כי לא יופקדו בשלי כספים בקו הבריאות. כמו כן ידוע לי כי אם אודיע כאמור, איחשב לעניין המועד הקובע כעמית לא פעיל.

() אני מבקש כבר עכשיו להודיע כי לא יופקדו בשלי כספים לקו הבריאות.

חתימת העמית _____

ולגבי עמית נתון לאפטרופסות - שם האפטרופוס _____ חתימה _____

(6) חתימתי על בקשה זו נעשית לאחר שקראתי אותה בעיון ותוכנה הוסבר לי היטב, ולאחר ששקלתי את האמור בה וגמרתי אומר להתחייב בה.

**לגבי עמית הנתון לאפטרופסות - שם האפטרופוס וחתימתו _____

על החתום: חתימת העמית _____ תאריך: _____.

לידיעתך, בקשת העברה זו ניתנת לביטול ובלבד שהכספים טרם הועברו. ביטול ייעשה על-ידי חתימה על טופס הודעת הביטול המצורף והעברתו לקופה המעבירה (הקופה ממנה מועברים הכספים). העברת הטופס אפשרית, בין היתר, בפקס, בדואר או בדוא"ל.