



בקשה להעברת כספים בין מסלולים

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

א. פרטי העמית/ה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	טלפון נייד
דואר אלקטרוני:			
כתובת למשלוח דואר:			

ב. פרטי הבקשה:

הריני מבקש/ת לעדכן את מסלולי ההשקעה בקו הבריאות קופת גמל-מספר חשבון: _____ לפי המפורט להלן:

צבירה והפקדות שוטפות (ברירת מחדל) צבירה בלבד הפקדות בלבד

שם המסלול	מספר מסלול	אחוז השקעה
<input type="checkbox"/> מודל תלוי גיל- שיעור העברה – העברה מלאה בלבד	-	
<input type="checkbox"/> קו הבריאות - לבני 50 ומטה	7209	
<input type="checkbox"/> קו הבריאות – לבני 50-60	7210	
<input type="checkbox"/> קו הבריאות - לבני 60 ומעלה	7211	

**** במידה וקיים מרכיב פיצויים יש לצרף אישור מעסיק

ג. אישורים:

1. 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.

2. משלוח הודעות ומסמכים:

אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____@_____ זאת במקום הדואר.

אינני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי ואבקש לשלוח דואר מודפס אל הכתובת: _____

3. פניות שיווקיות:

אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מנויה החברה. ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת

הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: moked@kavb.org.il או לכתובת: שמשון 9 ת.ד 3928 פתח תקוה מיקוד 4952701,

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

תאריך: _____ חתימה: _____ x

ד. הצהרה:

בהמשך למתן הוראותי המפורטות לעיל, הריני מצהיר/ה ומתחייב/ת כלפיכם בהתחייבות בלתי חוזרת כדלקמן:

1. ידוע לי כי תפעלו בעיני זה במועד ובתנאים לפי הנהוג והמקובל אצלכם ובכפוף להוראות ההסדר התחוקתי החלות עליכם.

2. רישום כל פעולה כאמור בחשבון כפי שצוין לעיל יהווה מבחינתי אישור מספיק מצדכם על ביצועה.

3. ידוע לי כי הפירוט אודות מסלולי ההשקעה, לרבות מגבלות ההשקעה בכל מסלול, מופיע בתקנון הקופה, העומד לעיוני במשרדי הקופה ו/או

באתר האינטרנט.

הנני מצהיר/ה בזאת כי בחירת המסלולים נעשה על פי בחירתי הבלעדית, ואני משחרר בזאת את " קו הבריאות-חברה לניהול קופות גמל בע"מ" ומי מעובדיה מכל אחריות להפסדים ו/או הוצאות עודפות ככל שיהיו לי בשל מעבר בין המסלולים.

תאריך: _____ חתימה: _____ x

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