



# 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 הגמל	קוד קופת הגמל	מספר חשבון עמית
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/התוכנית 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 ולא 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 ממשכורתני לזכות חשבוני הנ"ל בקופה, את הסכומים המרביים האפשריים על פי דין ולא הסכמי העבודה ולא הסכמי השכר (להלן ההסכמים) לרבות הפרשות שידרשו לצורך שמירת ולא הבטחת זכויותי הפנסיוניות לגבי סכומים אלה.

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

### פרטי העמית:

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות/דרכון	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי
			<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		<input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> ידוע בציבור
רחוב	מס' בית	דירה	יישוב	מיקוד	ת.ד.
כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד		
			<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי		

### פרטי המעסיק:

שם המעסיק	מס'מזהה/עוסק מורשה/ח.פ.	כתובת המעסיק	מס' טלפון המעסיק

### מסלולי ההשקעה בקופת הגמל

(נא לבחור אחת)

רכיב תגמולים

**שים לב!** אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול תלוי גיל בהתאם לגילך ע"פ הוראות הדין. במקרה שבו לא נקבע בהסכם קיבוצי כי הפקדה לרכיב פיצויים תבוא במקום פיצויי פטורים לפי חוק פיצויי פטורים, בחירה במסלול ההשקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקופה תותנה בקבלת אישור המעסיק.

שם המסלול	תגמולים
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!** נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעורי הוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת <https://www.kav-habriut.co.il>



חתימת העמית : \_\_\_\_\_ תאריך החתימה: \_\_\_\_\_

**אישורים:**

ידוע לי כי לא חלה עלי חובה חוקית למסור כל מידע, למעט מידע שחלה עלי חובה למוסרו על פי דין לצורך קבלת השירותים, ומסירת המידע תלויה ברצוני ובהסכמתי, וכי המטרה שלשמה מבוקש המידע היא לצורך ניהול ותפעול קופת הגמל שלי, לרבות עיבוד מידע הקיים במערכות החברה והכל בכפוף להוראות הדין.

אני מסכים/ה לקבל מהחברה, הודעות שיווקיות ודברי פרסומת באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או כל אמצעי תקשורת אחר, והכל בהתאם לפרטים השמורים במאגר המידע של החברה. כמו כן, ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת הודעות שיווקיות ודברי פרסומת, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: [moked@kavb.org.il](mailto:moked@kavb.org.il) או לכתובת: שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקוה מיקוד 4952701.

חתימת העמית \_\_\_\_\_

**אופן קבלת דוחות ומסמכים מטעם החברה: (יש לסמן ב X את הבחירה הרצויה)**

דואר ישראל

הודעת טקסט לנייד (מסרון)

דואר אלקטרוני

לידיעתך! אם לא תבחר באחת מהאפשרויות המפורטות, ישלחו אליך מסמכים והודעות כפי שנקבע בהוראות הדין

**הצהרת הקופה על אי מתן הטבה למעסיק 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 מעבידיו 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.

המסמך פונה לשני המינים אך מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות

**לשימוש הקופה בלבד:** שם הפקיד/המטפל \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
תאריך סיום טיפול: \_\_\_\_\_ הערות: \_\_\_\_\_