



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

טופס מינוי מוטבים בקופת גמל

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

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

שם החברה המנהלת	שם קופת הגמל	קוד קופת הגמל	מספר חשבון עמית
קו הבריאות- חברה לניהול קופות גמל בע"מ	קו הבריאות	301	

שם פרטי *	שם משפחה *	תעודת זהות/דרכון *	מין	תאריך לידה *	טלפון נייד	מצב משפחתי
			☐ זכר ☐ נקבה			☐ רווק ☐ אלמן ☐ גרוש ☐ נשוי ☐ ידוע בציבור

פרטי המוטבים

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקופת הגמל לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון הקופה. בהעדר סימון הוראת מינוי מוטבים, ישולמו לירשי החוקיים עפ"י דין או עפ"י צוואה וצו קיום צוואה (בהעדר ציון החלק, ישולמו הכספים בחלקים שווים) :

שם פרטי *	שם משפחה *	תעודת זהות/דרכון *	תאריך לידה	כתובת	קרבה	חלק ב % *

סה"כ: 100%

כל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, יחשב הדבר כאילו מלכתחילה נקבעו על ידי המוטבים שנותרו בחיים לאחר פטירתי, זכותו של כל אחד מהם תתרבה בהתאם כך שכספי החשבון יחולקו בניהם בחלקים שווים. זאת אלא אם נקבע על ידי אחרת להלן:

- ☐ לשאר המוטבים בחלקים שווים.
☐ לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם.
☐ לירשי החוקיים (ע"פ צו ירושה או צו קיום צוואה)
 אחר: _____

הערה: בהיעדר שאירים (בקרב פנסיה) ובהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו לירשיי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קופת הגמל, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל: <https://www.kav-habriut.co.il>

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

חתימת העמית *: _____ תאריך: _____

פרטי בעל רישיון

שם פרטי *	שם משפחה *	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם הסוכנות

הצהרת בעל רישיון: אני _____ שפרטיו לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ו/או מולאה לבקשת העמית לאחר שהעמית זוהה על ידי.

חתימת בעל רישיון: _____ תאריך: _____

המסמך פונה לשני המינים אך מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות

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