



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

טופס הצטרפות לקופת הגמל קו הבריאות

אופן שליחת הבקשה:

דוא"ל : moked@kavb.org.il, פקס: 072-2790090, כתובת למשלוח דואר: שמשון 9 ת.ד. 3928 פתח תקוה מיקוד 4952701

***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 ממשכורתי 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 אחראות או סטודנט לסיעוד.

פרטי העמית:

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

פרטי המעסיק:

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

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 פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקופה תותנה בקבלת אישור המעסיק.

מסלולי ההשקעה בקופת הגמל
(נא לבחור אחת מבין שתי האפשרויות):

שם המסלול	הפקדה בגין:	שיעור מתוך סכום ההפקדה	שם המסלול	הפקדה בגין:	שיעור מתוך סכום ההפקדה
מודל תלוי גיל	תגמולים		מודל תלוי גיל	פיצויים	
מסלול לבני 50 ומטה	תגמולים		מסלול לבני 50 ומטה	פיצויים	
מסלול לבני 50-60	תגמולים		מסלול לבני 50-60	פיצויים	
מסלול לבני 60+	תגמולים		מסלול לבני 60+	פיצויים	

שים לב! נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת [/https://www.kav-habriut.co.il](https://www.kav-habriut.co.il)

חתימת עמית* _____ תאריך: _____



קו הבריאות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ

עמית עצמאי:

לגבי עמית עצמאי בלבד – שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו כדלקמן:

☐ 16% (ברירת מחדל)

☐ אחר: _____

שים לב! בחירה השונה משיעור ברירת המחדל של הקופה מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.

פרטי תשלום של עמית עצמאי

סכום הפקדה	תאריך תחילת גביה	תדירות תשלום
₪		

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.

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה **באחד** מהאמצעים שמולאו בפרטי העמית:

☐ דואר אלקטרוני ☐ הודעת טקסט (מסרון) ☐ דואר ישראל

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

☐ 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**

חתימת עמית* _____ תאריך: _____

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

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 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.

רשימת מסמכים מצורפים

- ☐ ייפוי כח – בהתאם להוראות הממונה
- ☐ מסמך הנמקה – בהתאם להוראות הממונה
- ☐ טופס הוראה לחיוב חשבון – עצמאי (רשות)
- ☐ הוראה להפקדה חד פעמית – עצמאי (רשות)
- ☐ כתב מינוי אפטרופוס (חובה ככל שאפטרופוס מעורב בתהליך)
- ☐ טופס בקשה להעברת כספים – בהתאם להוראות הממונה (רשות)
- ☐ טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון (ככל שנדרש)
- ☐ בקשה לסיווג התשלומים כתשלומים פטורים (רשות)

תאריך חתימה*: _____

תאריך חתימה: _____

תאריך חתימה: _____

חתימת העמית*: _____

חתימת בעל רישיון: _____

חתימת אפטרופוס: _____

המסמך פונה לשני המינים אך מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות

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