

טופס הצטרפות לקופת גמל "אדם גמולים"

-חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

-יש לצרף צילום ת.ז (צילום חלק אחורי של ת"ז ביומטרי)

פרטי החברה המנהלת:

שם החברה המנהלת	שם קופת גמל	קוד קופת גמל	מספר החשבון של העמית בקופה
אדם גמולים-חברה לניהול קופות גמל בע"מ	"אדם גמולים"	297	

פרטי העמית:

שם פרטי	שם משפחה	שם משפחה קודם	מס' זהות \ דרכון	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					☐ זכר ☐ נקבה	רווק \ נשוי \ גרוש \ אלמן \ ידוע בציבור
ישוב	ת.ד.	רחוב	בית*	דירה	מיקוד	
כתובת דוא"ל	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד			
			שכיר / עצמאי/שכיר בעל שליטה/ עצמאי באמצעות המעסיק			

פרטי מעסיק:

שם המעסיק*	מספר טלפון*	כתובת	ח.פ./עוסק מורשה

מסלולי השקעה בקופת גמל: סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0 ל- 100%):

רכיב תגמולים:

קוד מסלול	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
☐	מסלול משתנה ומוותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	%
☐	9922 אדם לבני 50 ומטה	%
☐	9920 אדם לבני 50-60	%
☐	9921 אדם לבני 60 ומעלה	%

מסלולי ההשקעה בקופת הגמל נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספיך המושקעים בקופה.

רכיב פיצויים:

קוד מסלול	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
☐	מסלול משתנה ומוותאם לפי גיל העמית - מסלול ברירת מחדל	%
☐	9922 אדם לבני 50 ומטה	%
☐	9920 אדם לבני 50-60	%
☐	9921 אדם לבני 60 ומעלה	%

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספיך במסלול השקעה ברירת המחדל.

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 גבייה	תדירות תשלום
₪		

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 בכתובת:

https://aram-gmulim.co.il/?page_id=100

לקבלת שיעור העלות השנתית הצפויה באפשרותך להיכנס לאתר בכתובת:

https://aram-gmulim.co.il/?page_id=129

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע לאדם גמולים בע"מ (להלן: "החברה"/בעל השליטה"), וכי מסירת המידע נעשית מרצוני החופשי ובהסכמתי. מטרת מסירת המידע היא לצורך שירות, ניהול ותפעול שוטף של קופת הגמל (להלן: "המוצר"), ודיווח לפי דין, לרבות מילוי כל חובה חוקית החלה על החברה בקשר עם אספקת המוצר והוא ישמש למטרות אלה בלבד. המידע עשוי להימסר לצדדים שלישיים כמו ספקים ורשויות לצורך מימוש מטרות אלה (קרי ניהול ותפעול שוטף של המוצר) בלבד. אי הסכמה למסירת המידע, עלולה לגרום לפגיעה במטרות אלה לרבות יכולת החברה לספק את השירותים המבוקשים או תפעולם. המידע יישמר במאגרי מידע שבניהול החברה והיא בעל השליטה במאגר כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981. למידע נוסף, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות בקישור להלן:

https://aram-gmulim.co.il/?page_id=52

ידוע לי כי אני רשאי לפנות לחברה לשם עיון במידע אודותי אשר ברשותה ולבקש לתקנו, או לכל עניין אחר הקשור בעיבוד המידע

אודותי באמצעות פנייה לממונה הגנת הפרטיות בדוא"ל: dpo@primesec.co.il.

אני מסכים/ה כי מסמכים והודעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____

וזאת במקום באמצעות הדואר.

☐ אני מאשרת קבלת עדכונים, פרסומים שיווקיים ואו דברי פרסומת באמצעות דוא"ל או הודעות SMS וכן קבלת פניות בדיוור ישיר בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות ואו חוק התקשורת. אני מודע לאפשרות לפי אוכל לבקש להסיר עצמי מרשימת הדיוור לקבלת עדכונים ופרסומים שיווקיים בכל עת ע"י פניה למייל aramg@aramg.org.il.

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים הנ"ל:

דואר אלקטרוני/מסרון/דואר ישראל (צ"ק בוקסים).

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

_____  **חתימת העמית:**

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קופת הגמל, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל www.aram-gmulim.co.il.

פרטי בעל רישיון (לא נדרש בהצטרפות מקוונת)

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכנות

רשימת מסמכים מצורפים: חובה צילום ת"ז ו/או דרכון לתושב זר

- ☐ ייפוי כח – בהתאם להוראות הממונה
- ☐ מסמך הנמקה – בהתאם להוראות הממונה
- ☐ כתב מינוי אפוטרופוס (חובה ככל שאפוטרופוס 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 אפוטרופוס: _____

טופס מינוי מוטבים בקופת גמל "אדם גמולים"

-חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)
-יש לצרף צילום ת.ז. (צילום חלק אחורי של ת.ז. ביומטרית)
פרטי החברה המנהלת

שם פרטי*	שם משפחה*	תאריך לידה	מס' זהות \ דרכון*	כתובת	קרבת משפחה	חלק ב-%*
סה"כ:						
שם החברה המנהלת		שם קופת גמל	קוד קופת גמל	מספר החשבון של העמית בקופה		
אדם גמולים-חברה לניהול קופות גמל בע"מ		"אדם גמולים"		☐ ההוראה תחול על כל חשבונותיי בקופת הגמל ☐ ההוראה תחול רק בחשבון מספר: _____		

***הוראה זו תחול על כל חשבונותיי בקופה אלא אם כן צוין אחרת.**

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות \ דרכון*	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					☐ זכר ☐ נקבה	רווק \ נשוי \ גרוש \ אלמן \ ידוע בציבור

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקופת הגמל לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון הקופה:

* ככל שלא ימולא החלק של המוטב באחוזים, בעת הפטירה יחולקו התגמולים וכספי הביטוח (אם קיים) באופן שווה בין המוטבים.

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי התגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

- ☐ לשאר המוטבים בחלקים שווים
- ☐ לשאר המוטבים באופן יחסי חלקם
- ☐ ליורשיי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)
- ☐ אחר:

הערה: בהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשיי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

חתימת העמית

תאריך חתימה:

אישורים

ידוע לי כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע לאדם גמולים בע"מ (להלן: "החברה"/בעל השליטה"), וכי מסירת המידע נעשית מרצוני החופשי ובהסכמתי. מטרת מסירת המידע היא לצורך שירות, ניהול ותפעול שוטף של קופת הגמל (להלן: "המוצר"), ודיווח לפי דין, לרבות מילוי כל חובה חוקית החלה על החברה בקשר עם אספקת המוצר והוא ישמש למטרות אלה בלבד. המידע עשוי להימסר לצדדים שלישיים כמו ספקים ורשויות לצורך מימוש מטרות אלה (קרי ניהול ותפעול שוטף של המוצר) בלבד. אי הסכמה למסירת המידע, עלולה לגרום לפגיעה במטרות אלה לרבות יכולת החברה לספק את השירותים המבוקשים או תפעולם. המידע יישמר במאגרי מידע שבניהול החברה והיא בעל השליטה במאגר כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981. למידע נוסף, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות בקישור להלן:

https://aram-gmulim.co.il/?page_id=52

ידוע לי כי אני רשאי לפנות לחברה לשם עיון במידע אודותי אשר ברשותה ולבקש לתקנו, או לכל עניין אחר הקשור בעיבוד המידע אודותי באמצעות פנייה לממונה הגנת הפרטיות בדוא"ל: dpo@primesec.co.il.

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

אני מאשרת קבלת עדכונים, פרסומים שיווקיים ואו דברי פרסומת באמצעות דוא"ל או הודעות SMS וכן קבלת פניות בדיוור ישיר בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות ואו חוק התקשורת. אני מודע לאפשרות לפי אוכל לבקש להסיר עצמי מרשימת הדיוור לקבלת עדכונים ופרסומים שיווקיים בכל עת ע"י פניה למייל aramq@aramq.org.il.

באפשרותך לבחור לקבל מסמכים והודעות מטעם החברה באחד מהאמצעים הנ"ל:

דואר אלקטרוני/מסרון/דואר ישראל (צ"ק בוקסים).

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

חתימת העמית

תאריך חתימה:

פרטי בעל רישיון (לא נדרש בהצטרפות מקוונת)

שם פרטי	שם משפחה	מס' בעל רישיון	מס' סוכן בחברה	שם סוכנות

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.

תאריך חתימה:

חתימת בעל רישיון:

הצהרת FATCA – לחשבון במעמד עצמאי בלבד

1. האם את/ה אזרח/ית ארצות הברית?¹

☐ לא

☐ כן

2. האם את/ה תושב/ת ארצות הברית לצרכי מס?²

☐ לא

☐ כן

3. אם סימנת "כן" בסעיפים 1 ו-2 (באחד מהסעיפים או בשניהם), יש לצרף טופס W9³ ולרשום את מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב.

_____ U.S. TIN

4. אני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן.

שם: _____

תאריך חתימה: _____

חתימת העמית: _____

¹ בכפוף להוראות הדין בארה"ב

² בכפוף להוראות הדין בארה"ב

³ W9- Request for Taxpayer Identification Number and Certification

נספח לטופס הצטרפות

מתקנון הקופה :

"כל רופא חבר ארגון הרופאים עובדי המדינה או מי שהארגון הנ"ל המליץ עליו והמקבל את שכרו לפי דרוג הרופאים, שבחר להגיש לחברה המנהלת בקשה להתקבל כעמית ונתקבל על ידי החברה המנהלת, יהא עמית בקופה. החברה המנהלת רשאית לאשר הצטרפותו של עמית או לסרב לקבלו כעמית וזאת על פי שיקול דעתה הבלעדי ובכפוף לכל דין. משנפטר עמית בקופת הגמל שאותה מנהלת החברה המנהלת, זכאים היורשים או הנהנים להיות עמיתים במקום המוריש. כל זאת, בכפוף להוראות הדין".

לאור האמור לעיל נבקשך לאשר את הרשום להלן :

הנני מאשר כי אני רופא ☐

הנני מאשר כי אני סטזיר ☐

שם העמית	מס' תעודת זהות	תאריך חתימה	חתימה
			

אישור נציג החברה:

התקבל: שם הגורם המטפל: _____ תאריך: _____

נבדק: שם הגורם הבודק: _____ תאריך: _____