

טופס הצטרפות לקופת גמל "אדם גמולים"

-חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

-יש לצרף צילום ת.ז.

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"		

פרטי העמית*:

שם פרטי	שם משפחה	שם משפחה קודם	מס' זהות \ דרכון	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> 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%):

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

קוד מסלול	שם מסלול השקעה	שיעור מתוך סכום ההפקדה
<input type="checkbox"/>	מודל השקעה תלוי גיל	%
<input type="checkbox"/>	אדם לבני 50 ומטה	%
<input type="checkbox"/>	אדם לבני 50-60	%
<input type="checkbox"/>	אדם לבני 60 ומעלה	%

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך 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
₪		

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

אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: aramg@aramg.org.il או בכתובת [החברה](mailto:aramg@aramg.org.il) ברח' זבוטינסקי 33, רמת גן, 5251107 מיקוד 5251107.

_____ 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:

_____ חתימת העמית:

_____ תאריך חתימה:

_____ חתימת בעל רישיון:

_____ תאריך חתימה:

_____ חתימת אפוטרופוס:

טופס מינוי מוטבים בקופת גמל "אדם גמולים"

-חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

-יש לצרף צילום ת.ז.

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"		

פרטי העמית

שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות \ דרכון*	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> 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:

שם פרטי*	שם משפחה*	תאריך לידה	מס' זהות \ דרכון*	כתובת	קרבת משפחה	חלק ב-%*
					סה"כ:	

*ככל שלא ימלא 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
- ליורשי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)
- אחר:

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

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

אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל: aramg@aramg.org.il או בכתובת החברה ברח' זבוטינסקי 33, רמת גן, 5251107 מיקוד 5251107.

תאריך חתימה: _____ **חתימת העמית:** _____

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.

חתימת בעל רישיון: _____ **תאריך חתימה:** _____

הצהרת FATCA – לחשבון במעמד עצמאי בלבד

1. האם אתה אזרח/ית ארצות הברית?¹
 כן לא
2. האם אתה תושב/ת ארצות הברית לצרכי מס?²
 כן לא
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
			

טופס הצטרפות לביטוח

בפוליסת ביטוח חיים קבוצתית עבור ארגון רופאי המדינה

במסגרת הצטרפותך לקופת הגמל אדם גמולים באפשרותך להצטרף לפוליסת ביטוח החיים הקבוצתית בתנאים מועדפים.

במידה והינך מעוניין/ת להצטרף יש לחתום ולהחזיר אלינו באמצעות

פקס 03-5765410 או מייל: aramg@aramg.org.il

פרטי החותם:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____ תאריך _____ חתימה _____

אישור נציג החברה:

התקבל: שם הגורם המטפל: _____ תאריך: _____

נבדק: שם הגורם הבודק: _____ תאריך: _____