



## בקשת הצטרפות לקרן השתלמות

חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (\*)

| פרטי החברה המנהלת                          |  | שם קרן השתלמות *                          | קוד קרן השתלמות | מספר החשבון של העמית בקרן | ימולא ע"י מח' קופ"ג |
|--|--|---|-----------------|---------------------------|---------------------|
| יהב אחים ואחיות-חברה לניהול קופות גמל בע"מ |  | יהב- קרן השתלמות וחסכון לאחים ואחיות בע"מ | 418             | 560                       |                     |

## פרטי העמית

| שם פרטי*                         | שם משפחה* | שם משפחה קודם | מס' זהות / דרכון* | תאריך לידה* | מין   | מצב משפחתי   |
|----------------------------------|-----------|---------------|-------------------|-------------|---|--|
|                                  |           |               |                   |             | ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>                 | רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> |
| יישוב*                           |           | ת.ד.          | רחוב*             | בית*        | דירה  | מיקוד  |
|                                  |           |               |                   |             |   |  |
| כתובת דוא"ל לקבלת הודעות ומסמכים |           | טלפון נייד    | טלפון קווי        |             | מעמד  |  |
|                                  |           |               |                   |             | שכיר <input type="checkbox"/> שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> |  |

## פרטי מעסיק

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

## מסלולי השקעה בקרן השתלמות

מסלולי ההשקעה בקרן השתלמות נבדלים ברמת הסיכון והתשואה הצפויה לכספך המושקעים בקרן

סמן את מסלול ההשקעה המבוקש ושיעור החלוקה המבוקש בין המסלולים (בין 0%-100%):

| שם מסלול ההשקעה               | שם מסלול | קוד מסלול                | שיעור מתוך סכום ההפקדה |
|-------------------------------|----------|--------------------------|------------------------|
| אחים ואחיות - מסלול כללי      | 561      | <input type="checkbox"/> |                        |
| אחים ואחיות - מסלול ללא מניות | 562      | <input type="checkbox"/> |                        |

שים לב! אם לא תבחר באחד ממסלולי ההשקעה המפורטים בטבלה, יושקעו כספך במסלול הכללי.

## 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 קרן השתלמות 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 [mail441A@fibi.co.il](mailto:mail441A@fibi.co.il) או לכתובת: ת"ד 8224 תל אביב 6108102.

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

דואר אלקטרוני  הודעת טקסט (מסרון)  דואר

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

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קרן השתלמות, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קרן השתלמות: [www.k-aht.co.il](http://www.k-aht.co.il)

## פרטי בעל רישיון (לא נדרש בהצטרפות ישירה של העמית ובהצטרפות מקוונת)

| שם פרטי | שם משפחה | מס' בעל רישיון | מס' סוכן בחברה | שם הסוכנות |
|---------|----------|----------------|----------------|------------|
|         |          |                |                |            |

## רשימת מסמכים מצורפים

צילום תעודת זהות (חובה)  ייפוי כח - בהתאם להוראות הממונה  מסמך הנמקה - בהתאם להוראות הממונה

כתב מינוי אפוסטרופוס (חובה ככל שאפוסטרופוס מעורב בתהליך)  טופס בקשה להעברת כספים - בהתאם להוראות הממונה

חתימת העמית\* \_\_\_\_\_ תאריך חתימה: \_\_\_\_\_

חתימת בעל רישיון \_\_\_\_\_ תאריך חתימה: \_\_\_\_\_

חתימת אפוסטרופוס \_\_\_\_\_ תאריך חתימה: \_\_\_\_\_

את טופס ההצטרפות + צילום תעודת זהות, יש להעביר בדואר לכתובת - מחלקת תפעול, ויצמן 14 תל אביב 6423914

כמו-כן ניתן להעביר לפקס שמספרו 03-6910696

טלפון לבירורים: 03-6914941/2

## הצהרת העמית\*

### מתקבון הקרן:

מטרת הקרן: הקופה הנה קרן השתלמות למטרת קבלת כספים, ניהולם, השקעתם ועשיית כל פעולה המותרת לקופת גמל למטרת השתלמות על פי הוראות הדין החלות עליה ולרבות לתשלומם לצורכי השתלמות אם משיכת הכספים מתבצעת החל מתום שלוש שנים ממועד התשלום הראשון, ו/או לכל צורך אחר אם משיכת הכספים מתבצעת החל מתום שש שנים ממועד התשלום הראשון. והכל ביחס לטובת עמיתה, אחים ואחיות בישראל.

לאור האמור לעיל, אבקשך לאשר את הרשום להלן:

אני מאשר כי הנני:

משתייך לארגון העובדים של הסתדרות האחים והאחיות.

זכאי להשתייך להסתדרות האחים והאחיות.

סטודנט לסיעוד העובד במערכת הבריאות בישראל.

\* נא לצרף את ההצהרה לבקשת ההצטרפות. ללא הצהרה זו לא ניתן לפתוח חשבון.

שם העמית \_\_\_\_\_

מספר ת"ז \_\_\_\_\_

חתימת העמית \_\_\_\_\_

תאריך חתימה \_\_\_\_\_