



**בקשה לעדכון פרטים**  
**יש לצרף צילום ת.ז.1/ דרכון זר לתושב חוץ**

| שם החברה המנהלת                             | שם קרן ההשתלמות | קוד קרן השתלמות | מספר חשבון עמית |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|
| יהב אחים ואחיות- חברה לניהול קופות גמל בע"מ | יהב אחים ואחיות | 418             |                 |

**פרטי העמית:**

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

**פרטי המעסיק:**

| שם המעסיק | מס' מזהה/עוסק מורשה/ח.פ. | כתובת המעסיק | כתובת דוא"ל של המעסיק | מס' טלפון המעסיק/ מדור שכר |
|-----------|--------------------------|--------------|-----------------------|----------------------------|
|           |                          |              |                       |                            |

**מעוניין לקבל דוח שנתי/רבעוני** (\*יש לסמן ב- X את הבחירה הרצויה)

דואר אלקטרוני  הודעת טקסט(מסרון)  דואר

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

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

**למילוי ע"י הנהלת החברה – מחלקת שירות עמיתים**

שם פקיד מטפל \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך סיום טיפול \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> ת.ז. ביומטריה, יש לצלם את שני הצדדים.

הטופס פונה הן לנשים והן לגברים, הניסוח בלשון זכר הנו לשם הנוחות בלבד

במקרה של העברת כספים המגיעים למוטב לפי הוראות סעיף 23(א)(ב) לחוק קופות גמל למען הסר ספק, יובהר כי כל בקשת פיצול או העברה חלקית של כספים מחשבונו של העמית תבוצע ובלבד שתאפשר לפי הוראות הדין. מצטרפים חדשים יצרפו זה טופס זה טופס הצטרפות.

ניתן להעביר את טופס ההעברה בין קופות גמל בצירוף צילום קריא של תעודת הזהות (או צילום דרכון לתושב חוץ), בכל אחת מהדרכים הבאות:

יהב אחים ואחיות - חברה לניהול קופות גמל בע"מ, ויצמן 14, תל אביב 6423914. אתר אינטרנט: <https://www.k-aht.co.il/> , 072-2790004, פקס 072-2790094, כתובת למשלוח דואר: ת.ד. 52115 ת"א 6152101 מוקד לקוחות [moked@yahav-hst.org.il](mailto:moked@yahav-hst.org.il), תיבת העברות, [haavarot@yahoo-hst.org.il](mailto:haavarot@yahoo-hst.org.il) טלפון 072-2790004, 072-2790094