



## בקשה להעברת הכספים בין מסלולים בחשבוני בקופת גמל עמ"מ

לבקשה זו יש לצרף צילום תעודת זהות של העמית (או דרכון במקרה של תושב זר)

פרטי העמית/ה:

זכר / נקבה

מספר תעודת זהות

תאריך לידה

שם פרטי

שם משפחה

e-mail

טלפון

מיקוד

כתובת

מספר חשבון העמית :

(להלן: "החשבון")

1. הריני מבקש להעביר מהחשבון כדלקמן (בחר את החלופה הרצויה מבין החלופות הבאות):

מלוא הכספים בחשבון / סכום של \_\_\_\_\_ ש"ח מהחשבון / % \_\_\_\_\_ (אחוז) מהכספים בחשבון.

2. הריני מבקש להעביר את הכספים בהתאם לאחוזים כמפורט בטבלה להלן:

סמן √	שם המסלול	מ"ה	% העברה
<input type="checkbox"/>	מסלול ברירת מחדל (מותאם גיל) - מעבר אוטומטי לפי גיל		
<input type="checkbox"/>	מסלול ללא מניות	1434	
<input type="checkbox"/>	מסלול מניות	12468	
<b>באם סומנה אופציית ברירת מחדל אין לסמן את אחד מהמסלולים הבאים:</b>			
<input type="checkbox"/>	מסלול עד גיל 50	9938	
<input type="checkbox"/>	מסלול לגילאי 50 עד 60	9943	
<input type="checkbox"/>	מסלול לגילאי 60 ומעלה	9942	

\* ככל שלא יצוינו אחוזים בטבלה (בסעיף 2 לעיל), יחולקו הכספים באופן שווה בין המסלולים שנבחרו ע"י המבקש.

3. בהמשך למתן הוראותיי המפורטות לעיל, הריני מצהיר/ה ומתחייב/ת כלפיכם באופן בלתי חוזר כדלקמן:

- ידוע לי כי הוראותיי לעיל חלות גם על ההפקדות השוטפות העתידיות ככל שיהיו.
- ידוע לי כי תפעלו בעניין זה במועד ובתנאים לפי הנהוג והמקובל אצלכם ובכפוף להוראות ההסדר התחיקתי החלות עליכם.
- ידוע לי כי לצורך העברת **כספי פיצויים** למסלול שאינו מסלול ברירת מחדל יש **לצרף אישור מעסיק**.
- אני מצהיר בזאת כי בחירת המסלולים נעשתה על-פי בחירתי הבלעדית, ומשחרר בזה את עמ"מ חברה לניהול קופת גמל ענפיות בע"מ ומי מעובדיה מכל אחריות להפסדים ו/או הוצאות עודפות שיהיו לי בשל המעבר בין המסלולים.
- רישום כל פעולה כאמור בחשבון כפי שצוין לעיל משמש מבחינתי אישור מספיק מצדכם על ביצועה.
- ידוע לי שאם קיים שיעבוד בחשבון בקשתי לשינוי מסלול לא תבוצע.
- ידוע לי כי הפירוט אודות מסלולי ההשקעה, לרבות מגבלות ההשקעה בכל מסלול, מופיע בתקנון הקופה, העומד לעיוני באתר האינטרנט של הקופה.
- הנני מצהיר בזאת, כי בחירת המסלולים נעשתה על פי בחירתי הבלעדית, ואני משחרר בזאת, את עמ"מ חברה לניהול קופות גמל ענפיות בע"מ, ומי מעובדיה מכל אחריות להפסדים ו/או הוצאות עודפות ככל שיהיו לי בשל המעבר בין המסלולים.
- ידוע לי כי הנני רשאי לקבל ייעוץ פנסיוני מבעל רשיון פנסיוני (יועץ פנסיוני או משווק פנסיוני) לצורך בחירת מסלול ההשקעות המתאים ביותר עבורי, בכל עת.

חתימה

תאריך

ימולא ע"י החברה:

תאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ חתימת גורם מטפל

תפקיד

שם גורם מטפל

ניתן להעביר טופס זה בדרכים הבאות:

**בדואר**: לכתובת משרדי החברה: רח' המסגר 9 (בית אמפא), תל אביב מיקוד 6777658

**בפקס**: 03-6961150 / **באימייל**: Moked@ami2.co.il