



עמ"י חברה לניהול קופות גמל ענפיות בע"מ

**בקשת הצטרפות כעמית לקופת גמל עמ"י**

מספר חשבון בקופה									

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / דרכון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
						רווק / נשוי / גרוש / אלמן / ידוע בציבור

פרטי מעסיק			
שם המעסיק*	מספר מזהה מעסיק (ח.מ.)	כתובת המעסיק	מספר טלפון מעסיק*

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

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

רכיב פיזיוויים:	שם המסלול	שיעור מתוך סכום הפקדה
<input type="checkbox"/>	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית- מסלול ברירת מחדל	___%
<input type="checkbox"/>	מסלול ללא מניות מ.ה. 1434	___%
<input type="checkbox"/>	מסלול עד גיל 50 מ.ה. 9938	___%
<input type="checkbox"/>	מסלול לגילאי 50 עד 60 מ.ה. 9943	___%
<input type="checkbox"/>	מסלול לגילאי 60 ומעלה מ.ה. 9942	___%

רכיב תגמולים:	שם המסלול	שיעור מתוך סכום הפקדה
<input type="checkbox"/>	מסלול השקעות משתנה ומותאם לפי גיל העמית- מסלול ברירת מחדל	___%
<input type="checkbox"/>	מסלול ללא מניות מ.ה. 1434	___%
<input type="checkbox"/>	מסלול עד גיל 50 מ.ה. 9938	___%
<input type="checkbox"/>	מסלול לגילאי 50 עד 60 מ.ה. 9943	___%
<input type="checkbox"/>	מסלול לגילאי 60 ומעלה מ.ה. 9942	___%

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

במקרה שבו לא נקבע בהסכם קיבוצי או הסכם אחר כי הפקדה לרכיב פיזיוויים תבוא במקום פיזיוויי פטורים לפי חוק פיזיוויי פטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיזיוויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקופה תותנה בקבלת אישור המעסיק.

לעמית עצמאי בלבד		
לגבי עמית עצמאי בלבד - שיעור התגמולים הקובע ואופן חישוב ההכנסה הקובעת יהיו כדלקמן:		
<input type="checkbox"/> 16% (ברירת מחדל) <input type="checkbox"/> אחר: _____		
<b>שים לב! בחירה השונה משיעור ברירת המחדל של הקופה מותנה בהצגת אסמכתה שלפיה דמי הגמולים מההכנסה המבוטחת חושבו לפי שיעור שונה.</b>		
<b>להלן פרטי תשלום:</b>		
תדירות תשלום	תאריך תחילת גבייה	סכום הפקדה
		₪

**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 שצוינה על ידי לעיל וזאת במקום באמצעות הדואר.
- אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה ושל חברות בקבוצת החברות בה מנויה החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות באפשרותי לפנות לכתובת דוא"ל [moked@ami2.co.il](mailto:moked@ami2.co.il) או לכתובת משרדי החברה המופיעה מטה

זכויות וחובות העמית קבועות בתקנון קופת הגמל, אותו ניתן למצוא באתר החברה המנהלת של קופת הגמל: <http://www.ami-gml.co.il>

**פרטי בעל רישיון:**

שם פרטי + משפחה	מס' בעל רישיון

**רשימת מסמכים מצורפים:**

- ייפוי כוח- במידה ומונה בעל רישיון
- מסמך הנמקה- במידה והתקיימה פגישת שיווק עם בעל רישיון
- כתב מינוי אפוסטרופסת- במידה ונדרש
- טופס בקשת העברת כספים- במידה וההצטרפות הנה אגב העברת כספים
- עמית עצמאי- צילום תעודת זהות או דרכון (לגבי תושב זר)- חובה.
- עמית עצמאי- טופס הוראה לחיוב חשבון / הוראה להפקדה חד פעמית
- עמית עצמאי- טופס הצהרת עמית עצמאי לפי צו איסור הלבנת הון - חובה

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ חתימת בעל רישיון: X \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ חתימת עמית/ אפוסטרופוסט (X) \_\_\_\_\_

אישור נציג החברה:

שם גורם מטפל \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_  
 שם גורם מאשר \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

ניתן להעביר טופס זה בדרכים הבאות:

לכתובת משרדי החברה: רח' המסגר 9 בית אמפא, תל אביב 6777658 / בפקס שמספרו: 03-6961150 / באימייל לכתובת: [Moked@ami2.co.il](mailto:Moked@ami2.co.il)