



<b>מספר חשבון בקופה</b>				

**בקשת הצטרפות כעמית לקופת גמל עמ"מ**

פרטי העמית						
שם פרטי*	שם משפחה*	שם משפחה קודם	מס' זהות / זרנון*	תאריך לידה*	מין*	מצב משפחתי
						רווק / נשוי / גרוש / אלמן / ידוע בציבור
יישוב*	ת.ד.	רחוב*	בית*	דירה	מיקוד	
כתובת דוא"ל	טלפון נייד	טלפון קווי	מעמד			שכיר / עצמאי
שם המעסיק*	מספר מזהה מעסיק (ח.פ.)	כתובת המעסיק	מספר טלפון מעסיק*			

**מסלולי ההשקעה בקופת הגמל**

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

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

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	___%
<input type="checkbox"/>	מסלול מניות מ.ה. 12468	___%

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	___%
<input type="checkbox"/>	מסלול מניות מ.ה. 12468	___%

**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 פיצויים תבוא במקום פיצויי פיטורים לפי חוק פיצויי פיטורים, בחירה במסלול השקעה לכספי פיצויים השונה ממסלול ברירת המחדל בקופה תותנה בקבלת אישור המעסיק.

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

**שים לב:** שים לב!

נוסף על דמי הניהול, רשאית החברה המנהלת לגבות מהנכסים המנוהלים בקופה הוצאות ישירות בשל ביצוע עסקאות. שיעורי הוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מוצגים באתר האינטרנט של החברה המנהלת בכתובת: <http://www-ami-gml.co.il> **דיווח-הוצאות-ישירות**

- 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 <a href="mailto:moked@ami2.co.il">moked@ami2.co.il</a> 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>

חתימת עמית / אפוטרופוס × תאריך

ניתן להעביר טופס זה בדרכים הבאות:

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

**רשימת מסמכים מצורפים:**

- ייפוי כוח- במידה ומונה בעל רישיון
- מסמך הנמקה- במידה והתקיימה פגישת שיווק עם בעל רישיון
- כתב מינוי אפוטרופסות- 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**

**פרטי בעל רישיון:**

שם פרטי + משפחה	מס' בעל רישיון

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

\_\_\_\_\_ (X) \_\_\_\_\_  
חתימת עמית/ אפוטרופוס תאריך

**אישור נציג החברה:**

שם גורם מטפל \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ חתימת גורם מטפל \_\_\_\_\_  
שם גורם מאשר \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ חתימת גורם מאשר \_\_\_\_\_

**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)