אנליסט גמל והשתלמות ANALYST
ניהול השקעות מאז 1985

טופס מינוי מוטבים בקופת גמל / קרן השתלמות

* חובה למלא את הסעיפים המסומנים בכוכבית (*)

פרטי החברה המנהלת

אנליסט קופת גמל בע"מ
שם החברה המנהלת

שם קופת גמל*

קוד קופת גמל

☐ לעדכן בכל חשבונותי בקופת אנליסט
☐ לעדכן בחשבונות הבאים בלבד _____

פרטי העמית

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

להלן פרטי המוטבים שאני ממנה כזכאים לכספים הרשומים לזכותי בקופת גמל לאחר מותי והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בתקנון קופת הגמל:

שם פרטי*	שם משפחה*	תאריך לידה	מס' זהות / דרכון*	כתובת	קרבת משפחה*	חלק ב-%*
				סה"כ		

* ככל שלא ימולא החלק של המוטב באחוזים, בעת פטירה יחולקו הסכומים והתגמולים באופן שווה בין המוטבים.

ככל שאחד המוטבים המפורטים לעיל ילך לעולמו לפני, אני מורה כי הסכומים והתגמולים שהיו אמורים להיות משולמים לו לאחר פטירתי יועברו לאנשים הבאים:

☐ לשאר המוטבים בחלקים שווים
☐ לשאר המוטבים באופן יחסי לחלקם
☐ ליורשיי החוקיים (על פי צו ירושה או צו קיום צוואה)
☐ אחר _____

הערה: בהיעדר הוראה לעניין מינוי מוטבים במועד קרות האירוע המזכה, הסכומים יועברו ליורשיי על פי דין או על פי צוואה והכל בכפוף להוראות התקנון.

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 / קרן ההשתלמות שלי ותפעולה, ובכפוף להוראות חוק 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 _____@_____ וזאת במקום באמצעות הדואר.

☐ אני מעוניין/ת לקבל פניות שיווקיות לגבי מוצרים או שירותים של החברה.

ידוע לי שכדי להסיר את פרטי מרשימת הדיוור לקבלת פניות שיווקיות, באפשרותי לפנות לכתובת דו"ל: gemel@analyst.co.il או לכתובת: אנליסט קופות גמל בע"מ, מגדל אלרוב שדרות רוטשילד 46, ת"א 6688312.

חתימת העמית* X _____ תאריך חתימה X _____

פרטי בעל רשיון (לא נדרש בהצטרפות מקוונת)

שם פרטי | שם משפחה | מס' בעל רישיון | מס' סוכן בחברה | שם סוכנות

הצהרת בעל רישיון

אני _____ שפרטיו לעיל, מצהיר בזאת ומאשר כי הוראת מוטבים זו נחתמה לפני ו/או מולאה לבקשת העמית לאחר שהעמית זוהה על ידי.

חתימת בעל רישיון X _____ תאריך X _____