



עמ"ח חברה לניהול קופות גמל ענפיות בע"מ

בקשה להעברת הכספים בין מסלולים בחשבוני בקופת גמל עמ"ח

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

פרטי העמית/ה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תאריך לידה _____ מספר תעודת זהות _____ זכר / נקבה _____

כתובת _____ מיקוד _____ טלפון _____ e-mail _____

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
☐	מסלול ברירת מחדל (מותאם גיל) - מעבר אוטומטי לפי גיל		
☐	מסלול ללא מניות	1434	
☐	מסלול מניות	12468	
באם סומנה אופציית ברירת מחדל אין לסמן את אחד מהמסלולים הבאים:			
☐	מסלול עד גיל 50	9938	
☐	מסלול לגילאי 50 עד 60	9943	
☐	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"ח חברה לניהול קופות גמל ענפיות בע"מ ומי מעובדיה מכל אחריות להפסדים ואו 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"ח חברה לניהול קופות גמל ענפיות בע"מ, ומי מעובדיה מכל אחריות להפסדים ואו 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:

שם גורם מטפל _____ תפקיד _____ תאריך _____ / _____ / _____ חתימת 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