



שם מבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
מספר תביעה	

טופס מספר **2709**

## טופס הודעת מעסיק על היעדרות עובד עקב תאונה/ מחלה

הרינו להודיע כי:

העובד, שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
 אשר עובד בחברתנו החל מתאריך \_\_\_\_\_ בתפקיד \_\_\_\_\_  
 חדל מלהגיע לעבודתו עקב תאונה החל מתאריך \_\_\_\_\_.

הנ"ל חזר לעבודתו בתאריך \_\_\_\_\_ למשרה בהיקף של \_\_\_\_\_ שעות, \_\_\_\_\_ ימים בשבוע.  
 היקף משרתו טרם התאונה היה % \_\_\_\_\_.

בברכה,

תפקיד \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_

חתימה  
 וחותמת המעסיק \*

תאריך \_\_\_\_\_

**את המסמכים אפשר לשלוח אלינו באחת מהדרכים הבאות:**  
 בדואר: עבור מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, עבור תביעות פנסיה.  
 ת.ד. 3778 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106  
 בפקס: 076-8869264 דוא"ל: [makefetclaim@migdal.co.il](mailto:makefetclaim@migdal.co.il)  
 יש להעביר את המסמכים בצירוף פרטים מזהים כגון: מס' תוכנית, מס' זהות, שם מלא ותאריך אירוע.

