



| שם הסוכן | מספר פוליסה |
|----------|-------------|
|          |             |

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## טופס הודעת מעסיק על היעדרות עובד עקב 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,

שם \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_  
חתימה  
וחותמת המעסיק ★ \_\_\_\_\_

**ניתן להחזיר טופס זה באחת מהאפשרויות הבאות:**

דואר ישראל לכתובת:  
מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063, קריית אריה פתח תקווה, 4951106.  
או בפקס: תביעות חיים - 03-5637750



0185827090101010316

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 858