

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,

<input type="text"/>	תפקיד	<input type="text"/>	שם
<input type="text"/>	חתימה ★ וחותמת המעסיק	<input type="text"/>	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
 יש להעביר את המסמכים בצירוף פרטים מזהים כגון: מס' תוכנית, מס' זהות, שם מלא ותאריך אירוע.

מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך
 כתובת למשלוח דואר: מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ, ת.ד. 3778 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

