



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,

שם _____
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

יש להעביר את המסמכים בצירוף פרטים מזהים כגון: מס' תוכנית, מס' זהות, שם מלא ותאריך אירוע.

כל הדרכים ליצור איתנו קשר

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח
בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה, פתח תקווה,
מיקוד 4951106

03-9201010
מוקד טלפוני



054-9201028
Whatsapp



סוכן הביטוח
שלך



באפליקציית מגדל
App Store / Google Play



migdal.co.il



0185827090101301219

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 858