

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

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

טופס הודעת מעסיק על היעדרות עובד עקב תאונה

הרינו להודיע כי: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____
 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 % _____ .
 נכון לתאריך החתימה על אישור זה הנ"ל טרם חזר לעבודתו.

בברכה,

 תפקיד

 שם

 חתימה
 וחותמת המעסיק *

 תאריך

ניתן להחזיר טופס זה באחת מהאפשרויות הבאות:
 פקס: 076-8869373 / דוא"ל: tviotpersonal@migdal.co.il
 דואר ישראל לכתובת:
 מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063, קריית אריה פתח תקווה, 4951106.