

## הצהרת מעסיק לתביעת קצבת נכות

### א. פרטי העובד

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות

### ב. פרטי העסקה בחברה

תאריך תחילת העבודה	תפקיד	תאריך תחילת ההעדרות בגין האירוע	תאריך סיום יחסי עובד-מעביד
תיאור מפורט לגבי תפקידו של העמית לפני האירוע			
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
היקף המשרה לפני האירוע	האם המבוטח חזר לעבודתו (נא לבחור)	היקף המשרה לאחר האירוע	
מס' שעות ביום _____ מס' ימים בשבוע _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בתאריך ____ / ____ / ____	מס' שעות ביום _____ מס' ימים בשבוע _____	

שם	תפקיד	תאריך	חתימה וחותמת מעסיק
			<b>X</b>

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

**דואר ישראל:** מור גמל ופנסיה בע"מ, מגדל ב.ס.ר 1, דרך בן גוריון 2, רמת גן 5257334 - עבור מחלקת תביעות פנסיה.

**דואר אלקטרוני:** [tviot.pensia@more.co.il](mailto:tviot.pensia@more.co.il)

**פקס:** 03-7554950 - עבור מחלקת תביעות פנסיה.