

## בקשה לתשלום לפנים משורת הדין

מס' תביעה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**ימולא ע"י המבקש / סוכן**

ת.ז. מבוטח: \_\_\_\_\_ שם המבוטח: \_\_\_\_\_

שם סוכן: \_\_\_\_\_ מס' סוכן: \_\_\_\_\_

סה"כ סכומי הקבלות: \_\_\_\_\_ מס' טיפולים: \_\_\_\_\_

כתב השירות: \_\_\_\_\_ טלפון / מייל (מגיש הבקשה): \_\_\_\_\_

תקציר האירוע וסיבת הפניה:

---

---

---

---

נימוקים לבקשה:

---

---

---

**באחריות המבקש / סוכן:**

\* יש לצרף מסמכים רלוונטיים \* יש לצרף אישור תשלום או מכתב דחיה

## **החלטה - למילוי על ידי בי וול**

החלטה: \_\_\_\_\_

הסבר: \_\_\_\_\_

---

---

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

שם המאשר / תפקיד / חתימה / תאריך

\*תשובה תינתן תוך 10 ימי עסקים