

שלום רב,

ככל שיקירכם היה ניצול שואה אשר קיבל רנטת בריאות מגרמניה ייתכן והנכם בעלי זכאות פוטנציאלית לקבלת החזר עבור כספים ששולמו על ידי המנוח/ה לשירותי בריאות כללית בגין דמי השתתפות עצמית לרכישת תרופות ובגין דמי השתתפות עצמית לטיפולים רפואיים בגין המחלות מוכרות של יקירכם כפי שהוכרו ע"י רשויות הפיצויים בגרמניה.

לצורך בדיקת זכאותכם הפוטנציאלית אנא מלאו טופס פנייה זה, על מנת שנוכל לסייע לכם לברר את זכאותכם לקבל החזר כספי.

שם המנוח/ה: _____ שם היורש: _____

מספר ת.ז: _____ מס' ת"ז: _____

תאריך לידה: _____ טלפון לצורך יצירת קשר: _____

כתובת ליצירת קשר:

פרטי חשבון בנק לצורך ביצוע החזר:

שם בנק: _____ קוד בנק: _____ מס' סניף: _____ מס' חשבון: _____.

יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור על ניהול חשבון בנק.

האם המנוח/ה קיבל/ה בעבר החזר כספי בגין הוצאות על טיפול רפואי מאת רשויות הפיצויים בגרמניה: כן / לא אם כן – באיזה סכום? _____ ובאיזה תאריך _____

(ככל שיש אסמכתאות נא צרף/פי אסמכתאות אודות סכומי החזר הכספי)

כל יורש ימלא טופס נפרד כבקשה נפרדת. לבקשה יצורף צו קיום צוואה. נבקשך להעביר טופס זה בצירוף האסמכתאות (במידה וקיימות) וצו קיום צוואה למרפאת האם אליה היה המנוח/ה שייך. ככל שאינך יודע לאיזו מרפאה היה המנוח שייך/ת אנא התקשר למוקד *2700 אשר ינחה להיכן יש לשלוח את המסמכים המבוקשים.