

לקוח יקר,

פנייה זו מבוצעת בהתאם להסדר פשרה שאושר על ידי בית הדין האזורי לעבודה בחיפה, בתובענה ייצוגית בתיק 10-07-42864. מטרתו של ההסדר היא ביצוע החזר של כספים ששילמו ניצולי שואה מקבלי רנטה בגין מחלות מוכרות.

הינך רשאי להודיע לבית הדין האזורי לעבודה בחיפה, שאינך מעוניין להיות חלק מחברי הקבוצה עליהם חל ההסדר הפשרה, וזאת בתוך 45 ימים מיום קבלת מכתב זה.

על מנת שתוכל לזכות בהחזר עבור תשלומים שביצעת בעבר, בהתאם להסדר הפשרה, עליך לפנות לשירותי בריאות כללית מוקדם ככל שניתן ולא יאוחר מ- 24 חודשים מיום 13/3/2016.

הננו להודיעך כי על פי הנתונים המצויים בשרותי בריאות כללית ואשר נתקבלו מהלשכה לפיצויים, הינך ניצול שואה המקבל רנטת בריאות מגרמניה וככזה נמצאת כבעל זכאות פוטנציאלית לקבלת החזר עבור כספים ששולמו על ידך לשירותי בריאות כללית בגין דמי השתתפות עצמית לרכישת תרופות ובגין דמי השתתפות עצמית לטיפולים רפואיים בגין מחלות מוכרות כפי שהוכרו ע"י רשויות הפיצויים בגרמניה.

לצורך בדיקת זכאותך הפוטנציאלית נודה לך על מילוי טופס פנייה זה, על מנת שנוכל לסייע לך ולברר זכאותך לקבל החזר כספי ולעדכון זכאותך ברישומי שירותי בריאות כללית.

שם: \_\_\_\_\_

מספר ת"ז: \_\_\_\_\_

כתובת וטלפון לצורך יצירת קשר:

**מס' חשבון בנק :** (על מנת שנוכל לבצע העברה של סכום החזר הכספי, במקרה הצורך)

שם בנק: \_\_\_\_\_, שם הסניף: \_\_\_\_\_, מס' סניף: \_\_\_\_\_, מס' חשבון: \_\_\_\_\_

מספר כרטיס אשראי: \_\_\_\_\_

האם קיבלת בעבר החזר כספי בגין הוצאות על טיפול רפואי מאת רשויות הפיצויים בגרמניה: כן/לא

לאחר מילוי טופס זה, נבקשך להעבירו למרפאת האם שלך