‏07 אפריל 2016

**הנדון: ביצוע החזרי השתתפות ואגרות לניצולי שואה ( מקבלי רנטת בריאות מגרמניה)**

במהלך שנת 2010 הוגשה תביעה ייצוגית כנגד הכללית בבימ"ש המחוזי ובבית הדין האזורי לעבודה בחיפה בנושא החזרים של כספי פטור בגין תרופות ואגרות במחלות המוכרות לניצולי שואה מקבלי רנטת בריאות מגרמניה (דרך ה- B.E.G ), אשר לא ממשו את זכאותם בעבר עקב כך שלא נכללו ברשימות שהועברו לכללית מהלשכה לפיצויים אישיים מחו"ל.

הצדדים הגיעו להסכם פשרה אשר אושר ע"י בית המשפט המחוזי ובית הדין האזורי לעבודה ואשר ימצה באופן מוחלט וסופי את מלוא זכויותיהם וטענותיהם של חברי הקבוצה (ניצולי שואה אשר מבוטחים או היו מבוטחים בכללית ואשר מקבלים/קיבלו רנטת בריאות מגרמניה - רנטה המשולמת מידי חודש באירו בגין נזקי בריאות - "המחלות המוכרות" שנגרמו כתוצאה מהרדיפות).

הקריטריונים לזכאות

ניצולי שואהויורשים של ניצולי שואה שנפטרו לאחר 1.3.2003 עפ"י החלוקה הבאה, בהתאמה:

* + ניצולי שואה זכאים החיים ויורשים של ניצולים שהיו בחיים ביום - 22.3.2010 - החזר בגין התקופה

מ- 1/7/1999 ואילך.

* + יורשי ניצולי שואה שלא היו בחיים ביום 22.3.2010 – החזר בגין התקופה מ- 1/3/2003 ועד למועד הפטירה.
  + החזר יבוצע למבוטח הזכאי ובמקרה של החזר ליורשים עפ"י צו ירושה / צו קיום צוואה שיומצא למחוז אליו היה שייך המבוטח ביום פטירתו והתשלום ליורשים יבוצע על פיו.
  + פניות שיתקבלו לאחר תום 24 חודשים ממועד פרסום אישור הסדר הפשרה (13/3/2016) ייבדקו אך ורק לגבי קבלת פטור ממועד קבלת הפנייה ואילך ללא זכאות להחזר בגין התקופה שקדמה לפנייה.

תיאור כללי של התהליך

* + פרסום הודעה בעיתונות בדבר הסדר הפשרה כפי שנקבע ע"י בית הדין הנכבד.
  + פרסום דבר אישור הסדר הפשרה במרפאות הכללית, באתר האינטרנט של הקופה והבאת דבר ההחלטה לידיעת האגודות המסייעות לניצולי שואה וכן לאתר האינטרנט "כל זכות".
  + פנייה בדיוור ישיר ללקוחות אשר מקבלים רנטת בריאות מגרמניה ופרטיהם נמצאים בידי הכללית. בפניה יידרש הלקוח למלא טופס עם פרטים מינימליים ולהחזירו למחוז.
  + לקוח ששלח בקשה יקבל אישור לקבלת הפניה. די בכך שהגיעו פרטים מינימליים של המבוטח (ת"ז + שם משפחה + שם פרטי) בכדי להתחיל בבדיקת הזכאות גם אם לא מולאו בנוסח הפנייה כל הפרטים הנדרשים.
  + מחוזות הקופה יבצעו החזרים גם לגבי לקוחות שזהותם ידועה לקופה ואשר פרטי חשבון הבנק שלהם או כרטיס אשראי ידוע לקופה (בעלי הרשאה) גם אם לא פנו.
  + ההחזר יהיה בגין צריכת תרופות ואגרות לשירותים הקשורים למחלות המוכרות של הלקוח.
  + גובה ההחזר ללקוחות שפנו או ללקוחות בעלי הרשאה יחושב ויתבצע ההחזר. ההחזר יבוצע להרשאת החיוב או לפרטי החשבון שמילא הלקוח בטופס הפניה לקבלת ההחזר. כמו כן ישלח מכתב הודעה ללקוח בדבר ביצוע ההחזר. אם נמצא שהלקוח אינו זכאי להחזר תשלח על כך הודעה.
  + מוקד 2700\* של הכללית מעודכן בתהליך וינחה את הפונים כיצד יש לנהוג.
  + לקוחות אשר הם או יורשיהם טוענים כי קבלו רנטת בריאות מרשויות הפיצויים בגרמניה ואשר אינם מופיעים ברישומי הכללית יופנו ללשכה לפיצויים אישיים מחו"ל בטלפון: 03-6234100 לצורך בדיקת זכאות.
  + מצ"ב לידיעתכם טופס למילוי ע"י יורשים של ניצולי שואה מקבלי רנטת בריאות.

**לכללית כארגון הבריאות המוביל בישראל חשוב שניצולי השואה אשר זכאים לקבלת החזרים בגין הפטורים אכן יקבלו החזר כספי על מנת שזכויותיהם ימוצו ויוכלו ליהנות מהטיפול לו הם ראויים וזכאים.**

**בברכה,**

**נורית איתן גוטמן**

**עו"ס ראשית**

**שירותי בריאות כללית**

**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 ההחזר 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.