



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הביטוח והגבייה  
ביטוח ובריאות

חותמת קבלה

לשימוש  
פנימי  
בלבד  
(סריקה)

מס' זהות / דרכון														
<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>2</td><td>סוג המסמך</td><td colspan="2">דפים</td> </tr> </table>										0	2	סוג המסמך	דפים	
0	2	סוג המסמך	דפים											

## הצהרה – אזרח ישראלי החוזר מאוקראינה לצורך קביעת תושבות ורישום לקופת חולים

את ההצהרה בצירוף צילום דרכון אוקראיני יש לשלוח למייל: [ukraine@nioi.gov.il](mailto:ukraine@nioi.gov.il)

פרטים אישיים

1

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
<b>כתובת מגורים בישראל ופרטי התקשרות</b>					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
				@	
<b>אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:</b>					
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר ס"ב	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי, יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
<b>מען למכתבים אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה</b>					
שם הנמען		הנמען הוא: <input type="checkbox"/> הורי <input type="checkbox"/> קרובי <input type="checkbox"/> חברי <input type="checkbox"/> מייצגי			
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	

2

שירותי בריאות – רישום לקופת חולים

<input type="checkbox"/> מכבי	<input type="checkbox"/> מאוחדת	<input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> כללית	עבורי
<input type="checkbox"/> מכבי	<input type="checkbox"/> מאוחדת	<input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> כללית	עבור בן/בת הזוג
<input type="checkbox"/> מכבי	<input type="checkbox"/> מאוחדת	<input type="checkbox"/> לאומית	<input type="checkbox"/> כללית	עבור הילדים

פטורים מתקופת המתנה לשירותי בריאות

- ילדים מתחת לגיל 18.
- יולדות בתקופת אשפוז הלידה כולל הוצאות אשפוז.
- מבוטח הנזקק לטיפול מציל חיים.

3

הצהרה

א. אני מצהיר, כי עזבתי את אוקראינה בשל המצב המלחמתי השורר במדינה והגעתי לחיות בישראל.  
 ב. אני מצהיר, כי ידוע לי שלפי החוק אני נדרש להמתין עד 6 חודשים לצורך קבלת שירותי בריאות.  
 ג. אני מבקש, כי תקופת ההמתנה לשירותי בריאות תבוטל ויפתחו לי שירותי בריאות באופן מיידי.  
 ידוע לי, כי ביטול תקופת ההמתנה כמבוקש, כרוכה בקיזוז 13,740 ₪ מתשלומי קצבאות שאהיה זכאי להם.

מאשר ביטול המתנה לשירותי בריאות

לא מאשר ביטול המתנה לשירותי בריאות

ד. אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים. אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי מיד על כל שינוי שיחול בנתונים שלי או של בני משפחתי.

ה. ידוע לי, כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים אשר יכולים להשפיע על הזכאות הם עברה על החוק ואדם אשר מוסר פרטים לא נכונים במרמה או ביודעין, דינו קנס כספי או מאסר.  
 ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הפונה \_\_\_\_\_ חתימה ✕ \_\_\_\_\_