



הצהרה על ביטול תושבות

למי מיועד הטופס?

טופס זה מיועד לתושבי ישראל המבקשים לעדכן כי סיימו את מרכז חייהם בישראל והעתיקו את מרכז חייהם לחו"ל.

בני זוג לא נדרשים למלא טפסים נפרדים, הטופס משותף - כאשר כל אחד מבני הזוג מתבקש לחתום על ההצהרה בסעיף המיועד לכך.

לידיעתך

- המוסד לביטוח לאומי קובע את תושבותו של אדם לעניין חוק הביטוח הלאומי, חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולכל החוקים שהוא מיישם.
- **"תושב ישראל"** הוא אדם שמרכז חייו בישראל ושהיעדרותו ממנה היא היעדרות ארעית בלבד.

כיצד ניתן להגיש את טופס ההצהרה

- ניתן למלא את הטופס באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי www.btl.gov.il.
- באפשרותך לשלוח או להגיש את הטופס לסניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון *6050 או 04-8812345
- מוקד טלפוני למתקשרים מחו"ל: 9369669 - 8 - 972
- לפרטים נוספים אפשר להיעזר באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי www.btl.gov.il.
- חובה לסמן ולחתום במקומות הנדרשים.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 2

מס' זהות / דרכון		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך	דפים	
02		

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגבייה
אגף הביטוח והבריאות



הצהרה על ביטול תושבות

1

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
תאריך לידה	תאריך עלייה	שנה חודש יום
מצב משפחתי נוכחי: <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/> נשוי <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידוע בציבור*	מס' הילדים עד גיל 18	מתאריך

* אם אינך מופיע כידוע בציבור במוסדנו, יש למלא גם טופס בל/107

פרטי בת הזוג

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
----------	---------	---------------

כתובת מגורים בישראל

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני			

אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה

שם הנמען	הנמען הוא: <input type="checkbox"/> הוריי <input type="checkbox"/> קרובי <input type="checkbox"/> חבריי <input type="checkbox"/> מייצגי				
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי של הנמען	טלפון חלופי	טלפון נייד			

2

עיסוקים

האם מעמדך בביטוח לאומי הוא כעובד עצמאי? כן לא
האם חדלת לעבוד כעצמאי?
 כן, ממתי _____, לא, אני ממשיך לעבוד כעצמאי

3 הצהרה על ביטול תושבות

3

אני מצהיר כי סיימתי את מרכז חיי בישראל.

אני מצהיר כי העתקתי את מרכז חיי לחו"ל.

ידוע לי, כי שלילת תושבות תפסיק את זכאותי וזכאות ילדיי מתחת לגיל 18 לשירותי בריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

ידוע לי, כי שלילת תושבות משפיעה על תנאי הזכאות לגמלאות השונות.

ידוע לי, כי בקשה לחידוש תושבות תדרוש בחינה מחדש של המעמד לרבות המצאת מסמכים רלוונטיים.

אני מבקש לא להיחשב כתושב ישראל מתאריך _____

4 הצהרה

4

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

ידוע לי, כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים אשר יכולים להשפיע על ההחלטה היא עברה על החוק ואדם אשר מוסר פרטים לא נכונים במרמה או ביודעין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצרופותיו עלי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי וכי לא חלה עלי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. במידה ולא אסכים למסור מידע פרטי, ידוע לי שלא אוכל לקבל שרות מהביטוח הלאומי. בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותיי לקבלת שרות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי וכי קיימת אפשרות שמידע אודותיי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותיי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותיי מצדדי ג', בהתאם לדין.

תאריך _____ שם החותם _____ חתימה ✕ _____

חתימת בן/בת הזוג : שם החותם _____ חתימה _____

לשימוש המוסד

החלטת הסניף :

תושב מתאריך _____ לא תושב מתאריך _____

נימוקים – חובה על הפקיד לנמק את החלטתו:

תאריך _____ שם החותם ותפקידו _____ חתימה ✕ _____