



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

המוסד לביטוח לאומי

מס' זהות / דרכון 0 2 סוג המסמך דפים	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	---	--------------------------

הצהרה על ביטול תושבות

פרטים אישיים		1	
שם משפחה		שם פרטי	
מספר זהות ס"ב		תאריך עלייה שנה חודש יום	
תאריך שנה חודש יום		לידה שנה חודש יום	
מצב משפחתי נוכחי: ☐ רווק ☐ אלמן ☐ נשוי ☐ גרוש ☐ ידוע בציבור* * אם אינך מופיע כידוע בציבור במוסדנו, יש למלא גם טופס בל/107			
פרטי בת הזוג			
שם משפחה		שם פרטי	
מספר זהות ס"ב		תאריך עלייה שנה חודש יום	
כתובת מגורים בישראל			
רחוב / תא דואר		מס' בית	
כניסה		דירה	
ישוב		מיקוד	
טלפון קווי		טלפון נייד	
דואר אלקטרוני		דואר אלקטרוני	
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים. (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.			
מען למכתבים אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה			
שם הנמען		הנמען הוא: ☐ הוריי ☐ קרובי ☐ חברי ☐ מייצגי _____	
רחוב / תא דואר		מס' בית	
כניסה		דירה	
ישוב		מיקוד	
טלפון קווי של הנמען		טלפון חלופי	
טלפון נייד		טלפון נייד	

2

הצהרה על ביטול תושבות

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 _____

3

הצהרה

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.

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 ✕ _____