



طلب إشتراك مؤمن عليه

أصحاب أعمال
 عمالة غير منتظمة
 قطاع المنشأة :

2
4

✓

عاملين لدى الغير
 المصريين بالخارج

1
3

رقم المنشأة :

اسم المنشأة :

رقم التسجيل الضريبي للمنشأة :

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني :

الرقم القومي :

أسم المؤمن عليه:

الجنسية : مصرى

المسمي :

كود المهنة :

المؤهل

تاريخ بدء الإشتراك :

--

القطاع :

المسمي :

كود الإشتراك

المسمي :

نوع المدة

جنيه

قرش

جنيه

قرش

جنيه

قرش

الأجر الشامل :

أجر / دخل الإشتراك :

0	2	5	4	0	
---	---	---	---	---	--

(لحساب اشتراك التأمين الصحى الشامل)

(لحساب 7 % وفقاً لقانون العمل)

تستوفى للأقارب حتى الدرجة الثانية بالمنشآت الفردية

صلة القرابة بصاحب العمل :

--

%

نسبة العجز :

بيانات العجز إن وجدت :

تاريخ بداية العجز :

العنوان خارج مصر

العنوان داخل مصر

المدينة :

عقارات رقم

جهة العمل :

شياخة / قرية

--	--

محافظة :

--	--

شارع / حارة

قسم / مركز

توقيع المؤمن :

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني :

تحريراً في :

تم مطابقة التوقيع بمعرفته :

توقيع المدير المسئول :

البيان	مستلم الطلب	المراجع	سجل آلياً بمعرفة	رجوع آلياً بمعرفة
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

(أنظر خلفه)

ملحوظة : على صاحب العمل والعامل الإطلاع على التوجيهات الموضحة خلف النموذج مع التوقيع على الإقرار

إرشادات

1. على صاحب العمل بالقطاع الخاص أن يرسل هذا النموذج من أصل وصورتين بالنسبة لكل من العاملين لديه مع طلب اشتراكه في الهيئة لأول مرة خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواء كان التحاقاً نهائياً أو تحت الاختبار .
2. يرفق بالنموذج لدى اشتراك المؤمن عليه لأول مرة بالهيئة صورة شهادة الميلاد المميكنة أو صورة بطاقة الرقم القومي أو صورة جواز السفر ويتم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص .
3. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الاطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لمن وقع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.
4. يستخدم هذا النموذج كطلب اشتراك في تأمين إصابات العمل فقط بالنسبة للفئات التالية :-
 (أ) من تجاوز سن الشيخوخة وأوقف انتفاعه بتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة.
 (ب) العاملون الذين يخضعون لأحكام قانون العمل من تقل أعمارهم عن 18 سنة .
 (ج) العاملون المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفي و الخدمة العامة ، ويشترط اعتماد النموذج المحرر لهم من المدير المسؤول بالهيئة التي تشرف على التلمذة الصناعية ، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسخة من عقد عمل المتدرب أو المستند المثبت لنوع العمل في جميع هذه الحالات.
 (د) يقتصر استيفاء الأجر على الفئات التي يتلقاها المؤمن عليه أجرًا من صاحب العمل .

أقرار

اسم المنشأة:

رقمها التأميني :

العنوان : 25 مصر حلوان الزراعى - برج الزينى - المعادى - القاهرة

1- أقر أنا الموقع على هذا بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصحية وقت توقيع الكشف الطبي مع الالتزام بموافقة مكتب الهيئة التابع لها المنشأة بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة عن حالته الصحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاقه بالعمل تطبيقاً لأحكام قانون العمل .

توقيع صاحب العمل / المدير المسؤول
 ()

2- أقر: أنا العامل بالمنشأة عالية بأن أثبت حالي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة وموافاة مكتب الهيئة التابع له المنشأة بتقرير الطبي عن حالتي الصحية خلال أسبوعين من تاريخ التحاقني بالعمل وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنى التزام قانوني بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

()