

طلب اشتراك مؤمن عليه

الفئة : ١ عاملين لدى الغير ☐ ٢ أصحاب أعمال ☐ ٣ المصريين بالخارج ☐ ٤ عمالة غير منتظمة ☐

رقم المنشأة :

رقم المنشأة :

اسم المنشأة : رقم التسجيل الضريبي للمنشأة : / /

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني :

الرقم القومى :

اسم المؤمن عليه : الجنسية :

المؤهل : كود المهنة : / المسمى :

تاريخ بدء الاشتراك : / /

نوع المدة : المسمى : كود الاشتراك : المسمى : القطاع :

• أجر أساسى : قرش جنيه أجر/دخل الاشتراك : قرش جنيه الأجر الشامل : قرش جنيه

(لحساب اشتراك التأمين الصحى الشامل)

(لحساب ٧% وفقاً لقانون العمل)

صلة القرابة بصاحب العمل : • تستوفى للأقارب حتى الدرجة الثانية بالمنشآت الفردية.

بيانات العجز إن وجدت : تاريخ بداية العجز : / / نسبة العجز : %

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

العنوان خارج مصر

العنوان داخل مصر

الدولة :

المدينة :

جهة العمل :

توقيع المدير المسئول :

تم مطابقة التوقيع بمعرفتى :

عقار رقم :

شياخة / قرية :

شارع / حارة :

قسم / مركز : محافظة :

توقيع المؤمن عليه :

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني :

تحريراً فى : / /

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

ملحوظة : على صاحب العمل والعامل الإطلاع على التوجيهات الموضحة خلف النموذج مع التوقيع على الإقرار . (أنظر خلفه)

إرشادات

- (١) على صاحب العمل بالقطاع الخاص أن يرسل هذا النموذج من أصل وصورتين بالنسبة لكل من العاملين لديه مع طلب إشراكه فى الهيئة لأول مرة خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ إلحاق أى عامل جديد بالعمل لديه سواء كان إلحاقاً نهائياً أو تحت الاختبار .
- (٢) يرفق بالنموذج لدى إشراك المؤمن عليه لأول مرة بالهيئة صورة شهادة الميلاد المميكنة وصورة بطاقة الرقم القومى أو صورة جواز السفر ويتم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص .
- (٣) التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لمن وقع عليه أن يعارض فى تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء .
- (٤) يستخدم هذا النموذج كطلب إشراك فى تأمين إصابات العمل فقط بالنسبة للفئات التالية : -
 - أ - من تجاوز سن الشيخوخة وأوقف إنتفاعه بتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة .
 - ب - العاملون الذين يخضعون لأحكام قانون العمل ممن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة .
 - ج - العاملون المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون فى مشروعات التشغيل الصيفى والخدمة العامة ، ويشترط اعتماد النموذج المحرر لهم من المدير المسئول بالهيئة التى تشرف على التلمذة الصناعية ، والتدريب مع ختمه بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسخة من عقد عمل المتدرب أو المستند المثبت لنوع العمل فى جميع هذه الحالات .
 - د - يقتصر إستيفاء الأجر على الفئات التى يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل .

إقرار

اسم المنشأة : رقمها التأمينى :

العنوان :

- ١ - أقر أنا الموقع على هذا النموذج بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحى أو الجهة الطبية المختصة لإجراء الفحص الطبى الأولى وإثبات حالته الصحية وقت توقيع الكشف الطبى مع الإلتزام بموافاة مكتب الهيئة التابع له المنشأة بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة عن حالته الصحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ إلحاقه بالعمل تطبيقاً لأحكام قانون العمل .

توقيع (صاحب العمل / المدير المسئول

()

- ٢ - أقر أنا : العامل بالمنشأة عاليه بأن أثبت حالته الصحية أمام اللجنة

الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحى أو الجهة الطبية المختصة وموافاة مكتب الهيئة التابع له المنشأة بالتقرير الطبى عن حالته الصحية خلال أسبوعين من تاريخ إلحاقه بالعمل وفى حالة عدم قيامى بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الإجتماعى ليس عليها أدنى التزام قانونى بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الإلتحاق بالعمل .

توقيع المؤمن عليه

()