



طلب اشتراك منشأة

أو إخبار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم في

اسم المنشأة المالك / المدير المسؤول .

عنوان المنشأة: رقم العقار ----- اسم الشارع ----- الشياح

نسبة تأمين المرض ----- تاريخ بدء النسبة / /

تاريخ التوقف / الاستمرار

أقر أنا بصفتي بأن إجمالي أعداد العزمن عليهم عاملًا.

فرش جنیه

وأن أجور الشهر الحالي وان جميع البيانات الواردة بهذه الاستمارة وملحقاتها صحيحة (الأجر الشامل لحساب اشتراكات التأمين الصحي الشامل).

صاحب العمل أو المدير المسؤول روجحت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك الموزمن عليهم ووجدت صحيحة.

..... تمت مطابقة التوقيع بمعرفتي / مستلم الاستماره /

رجوع الى / اخصائى الاشتراك / سجل الى / رجوع الى /

تحريراً في:

(أنظر خلفه)

إرشادات

1) تحرر هذه الاستمارة من أصل وصورتين وتقدم إلى مكتب الهيئة المختص خلال أسبوعين من تاريخ بدء النشاط متضمنة بيانات جميع العاملين بما فيهم المترجين واللاميذ الصناعيين والطلاب المستغليين في مشروعات التشغيل الصيفي.

2) تقدم هذه الاستمارة في المواعيد التالية:

- منشآت القطاع الخاص: بنابر من كل عام.
- منشآت القطاع الحكومي والقطاع العام وقطاع الأعمال العام: يوليه من كل عام.
- كما تقدم في أي تاريخ خلال العام يصدر فيه قانون أو قرار بتعديل الأجر.

3) يجوز لأصحاب الأعمال تقديم الاستمارة على طابعات الحاسب الآلي أو على أحد الوسائل الإلكترونية.



مكتب

طلب

اشتراك مؤمن عليه طبقاً للقانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩

أصحاب أعمال

 2

عاملين لدى الغير

 1

عملة غير منتظمة

 4

المصريين بالخارج

 3

قطاع المنشآة

رقم المنشآة

اسم المنشآة

بيانات المؤمن عليه

الحالة الاجتماعية:

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

الجنسية:

المسن:

اسم المؤمن عليه:

المرهف:

تاريخ بدء الاشتراك:

المسن:

نوع المدة

القطاع:

المسن:

كود الاشتراك

جنس	فرش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

جنس	فرش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* اجر /دخل الاشتراك التأميني:

(حساب اشتراك التأمين الصحي الشامل)

صلوة القرابة بصاحب العمل: * تستوفي للأقارب حتى الدرجة الثانية بالمنشآت الفردية.

% نسبة العجز:

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز:

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

العنوان خارج مصر

العنوان داخل مصر

عنوان رقم:

المدينة:

شياخة / قرية:

جهة العمل:

شارع / حارة:

محافظة: رقم المحمول أو التليفون الأرضي:

توقيع المؤمن عليه:

توقيع المدير المسئول:

توقيع المؤمن عليه:

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي:

تحريراً في: / /

حريراً في: / /

البيان	مستلم الطلب	المراجع	سجل إليأ بمعروفة	رجوع إليأ بمعروفة
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

إرشادات

1. على صاحب العمل بالقطاع الخاص أن يرسل هذه الاستمارة من أصل وصوريتين بالنسبة لكل من العاملين لديه مع طلب اشتراكه في الصندوق لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواء كان التحاقاً نهائياً أو تحت الاختبار.
2. يرفق بالاستمارة لدى اشتراك المؤمن عليه لأول مرة بالصندوق صورة شهادة الميلاد المميكنة أو مستخرج رسمي من سجلات المواليد أو حكم قضائي يثبت السن أو صورة بطاقة الرقم القومي أو صورة جواز السفر يتم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص.
3. التوقيع على هذه الاستمارة بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة بها ولا يجوز لمن وقع عليها أن يعارض في تلك البيانات أمام الصندوق وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.
4. تستلزم هذه الاستمارة كطلب اشتراك في تأمين إصابات العمل فقط بالنسبة للغذاء التالية:-
 - (أ) من تجاوز سن التقاعد وأوقف انتقاشه بتأمين الشيوخة والعجز والوفاة.
 - (ب) العاملون الذين يخضعون لأحكام قانون العمل من تقل أعمارهم عن 18 سنة.
 - (ج) العاملون المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشغلون في مشروعات التشغيل الصيفي والخدمة العامة، ويشترط اعتماد الاستمارة المحررة لهم من المدير المسئول 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 الغذاء التي يتلقاها فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل.

إقرار

رقمها التأميني :

اسم المنشأة :

العنوان:

- 1- أقر أنا الموقع على هذا بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المختصة بالتأمين الصحي لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصحية أمام اللجنة الطبية وقت توقيع الكشف الطبي مع الالتزام بموافقة مكتب الهيئة التابع له 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

()

- 2 أقر أنا العامل بالمنشأة عاليه بأن ثبت حالتي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المختصة بالتأمين الصحي وموافقة 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 أذني التزام قانوني بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أيًّا كان نوعه السابق أو المعاصر ل تاريخ الالتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

()

**إخطار بانتهاء اشتراك مؤمن عليه**

سمسي :

--	--	--	--	--	--

رقم المنشأة :

بيانات المؤمن عليه

--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني :

--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي :

الاسم :

 سبب انتهاء الاشتراك

--	--	--	--	--	--

تاريخ انتهاء الاشتراك

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

شارع/حارة

--	--	--

عنوان رقم:

--	--

شياخة/قرية

--	--

قسم/مركز

--	--

رقم المحمول أو التليفون الأرضي :

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

أقر أن البيانات بعليه صحيحة وأن المؤمن عليه تسلم صورة من هذا الإخطار.

توقيع المؤمن عليه / ٢٠١١ توقيع المدير المسئول

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي /

إقرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

أقر أن البيانات بعليه صحيحة وإنني أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موصى عليه بعلم الوصول برقم

. ٢٠ / ٢٠

٢٠ / ١ /

توقيع المدير المسئول

ختم الجهة

البيان	مستلم الإخطار	المراجع	مسجل الس	مراجع الس
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

ملحوظة :- يلزم التأكيد من توقيع كل من العامل وصاحب العمل على الإقرار الموضح خلف الاستمارة .

(انظر خلفه)

ارشادات

- 1- تحرر هذه الاستماراة من أصل وصورتين يرسل الأصل لمكتب الهيئة المختص خلال أسبوع من تاريخ تحقق إحدى الواقع الآتية:
- أ- انتهاء خدمة المؤمن عليه.
 - ب- انتهاء مدة التلمذة الصناعية أو التدرج.
 - ج- انتهاء العمل بالمشروع الصيفي للطلبة.

ويحتفظ صاحب العمل بصورة وتسلم صورة للعامل بعد توقيعه أو ترسل له بخطاب مسجل بعلم الوصول خلال 24 ساعة من إرسالها لمكتب الهيئة المختص في حالة رفضه التوقيع.

- 2- في حالة إخلاله بالإلخار في الموعد المشار إليه بالنسبة للمؤمن عليهم في البند (أ) من هذه المادة يلتزم بأداء مبلغ إضافي يقدر بنسبة (20%) من قيمة الاشتراك المستحق عن الشهر الأخير وذلك عن كل شهر تأخير عن المدة من تاريخ انتهاء الخدمة حتى تاريخ إرسال الاستماراة لمكتب الهيئة المختص وفي حساب مدة التأخير يحذف كسر الشهر.

اقرار

اسم المنشاة: _____
 رقمها التأميني: _____
 العنوان: _____
 اسم المؤمن عليه: _____
 رقمه التأميني: _____

- 3- أقر أنا الموقع أدناه بأنني قد قمت بسحب البطاقة العلاجية من المؤمن عليه وتم تسليمها لفرع الهيئة المختصة بالتأمين الصحي وفي حالة ظهور ما يخالف ذلك أكون مسؤولاً بالتضامن مع العامل في مواجهة الهيئة المختصة بالتأمين الصحي عن كافة مصاريف العلاج والرعاية الطبية تعويضاً عن الانفاق بدون وجه حق بمعزايا العلاج والرعاية الطبية بعد انتهاء الخدمة.

توقيع صاحب العمل

توقيع المؤمن عليه

() ()

- 4- أقر أنا الموقع أدناه بأن المؤمن عليه محل هذه الاستماراة قد رفض تسليم البطاقة العلاجية وقمت بإلخار الهيئة المختصة بالتأمين الصحي ببيانات المؤمن عليه لإيقاف التعامل معه.

توقيع صاحب العمل

() ()