



نموذج رقم ( 9 ) - قرار مجلس الوزراء رقم (00) لسنة 00000

رقم المنشأة

طلب اشتراك منشأة

أو إخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم في / /

اسم المنشأة ..... المالك / المدير المسئول ..... الشكل القانوني للمنشأة .....  
عنوان المنشأة: رقم العقار ..... اسم الشارع ..... الشياخة / القرية ..... القسم / المركز ..... المحافظة .....  
نسبة تأمين المرض ..... تاريخ بدء النسبة / / نسبة تأمين الإصابات ..... تاريخ بدء النسبة / /  
تاريخ التوقف / الاستمرار / / سبب التوقف / ..... بدء النشاط ..... رقم التسجيل الضريبي للمنشأة / /

الأجر الشامل	أجر الاشتراك التأميني		تاريخ الالتحاق			الرقم القومي	اسم المؤمن عليه	الرقم التأميني
	قرش	جنيه	سنة	شهر	يوم			

أقر أنا..... بصفتي..... بأن إجمالي أعداد المؤمن عليهم..... عاملاً.

قرش جنيه

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

صاحب العمل أو المدير المسئول..... روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحة.

مستلم الاستمارة / ..... تمت مطابقة التوقيع بمعرفتي / .....

أخصائي الاشتراك / ..... سجل ألياً / ..... روجع ألياً / .....

تحريراً في: / /

( انظر 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 المتدرجين والتلاميذ الصناعيين والطلاب المشتغلين في مشروعات التشغيل الصيفي.

(2) تقدم هذه الاستمارة في المواعيد التالية:

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

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



## إرشادات

1. على صاحب العمل بالقطاع الخاص أن يرسل هذه الاستمارة من أصل وصورتين 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. تستخدم هذه الاستمارة كطلب اشتراك في تأمين إصابات العمل فقط بالنسبة للفئات التالية :-
  - (أ) من تجاوز سن التقاعد وأوقف انتفاعه بتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة .
  - (ب) العاملون الذين يخضعون لأحكام قانون العمل ممن تقل أعمارهم عن 18 سنة .
  - (ج) العاملون المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفي و الخدمة 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 الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل .

## إقرار

اسم المنشأة : \_\_\_\_\_ رقمها التأميني : \_\_\_\_\_

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 بموافاة 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 أثبتت حالتي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المختصة بالتأمين الصحي وموافاة مكتب الهيئة التابع له المنشأة بالتقرير 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

( )



