



طلب اشتراك مؤمن عليه

الفئة : ١ عاملين لدى الغير ☐ ٢ أصحاب أعمال ☐
 ٣ المصريين بالخارج ☐ ٤ عمالة غير منتظمة ☐
 رقم المنشأة
 اسم المنشأة: رقم التسجيل الضريبي للمنشأة: / /

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني:
 الرقم القومي:
 اسم المؤمن عليه: الجنسية:
 المؤهل: كود المهنة: / المسمى:
 تاريخ بدء الاشتراك: /
 نوع المدة:
 المسمى: كود الاشتراك:
 المسمى: القطاع:
 أجر أساسي:
 قرش جنيته:
 أجر / دخل الاشتراك:
 قرش جنيته:
 الأجر الشامل:
 (لحساب ٧٪ وفقاً لقانون العمل) (لحساب اشتراك التأمين الصحي الشامل)

صلة القرابة بصاحب العمل: ☐ * تستوفي للأقارب حتى الدرجة الثانية بالمنشآت الفردية.
 بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: /
 نسبة العجز: %

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

العنوان داخل مصر العنوان خارج مصر
 عقار رقم:
 شياخة / قرية:
 شارع / حارة:
 قسم / مركز:
 محافظة:
 توقيع المؤمن عليه: توقيع المدير المسؤول:
 رقم التليفون:
 البريد الإلكتروني:
 تحريراً في: / /

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي:

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 اشتراكه في الهيئة لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواء كان التحاقاً نهائياً أو تحت الاختبار.
٢. يرفق بالنموذج لدى اشتراك المؤمن عليه لأول مرة بالهيئة صورة شهادة الميلاد المميكنة وصورة بطاقة الرقم القومي أو صورة جواز السفر يتم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص.
٣. 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.
٤. 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 ممن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة.
 - (ج) العاملون المتدربون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفي والخدمة العامة، ويشترط اعتماد النموذج المحرر 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:

أقر أنا الموقع على هذا النموذج 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 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 / المدير المسئول)

()

أقر أنا العامل بالمنشأة عالياً بأن أثبتت حالتي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة 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

()



نمونه رقم (۲)

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

طلب اشتراك منشأة

٢٠ / / أو إخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم في

----- اسم المنشأة ----- المالك / المدير المسؤول ----- الشكل القانوني للمنشأة -----

----- عنوان المنشأة: رقم العقار ----- اسم الشارع ----- الشياخة / القرية ----- القسم / المركز ----- المحافظة -----

نسبة تأمين المرض ----- تاريخ بدء النسبة ٢٠ / / نسبة تأمين الإصابة ----- تاريخ بدء النسبة ٢٠ / /

تاريخ التوقف / الاستمرار ٢٠ / / سبب التوقف /----- بدء النشاط ----- رقم التسجيل الضريبي للمنشأة /--- /--- /----

[illegible]

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

قُرْش ----- جَنْبِهِ ----- وأن جميع البيانات الواردة بهذا النموذج وملحقاته صحيحة (الأجر الشامل لحساب اشتراكات التأمين الصحي الشامل).

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

-----/ مستلم النموذج /-----

أخصائي الاشتراك / سجل آليا / روجع آليا /

(أنظر خلفه)

إرشادات

- (١) يحزر هذا النموذج من أصل وصورتين ويقدم 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.
- (٢) يقدم هذا النموذج في المواعيد التالية:
- منشآت القطاع الخاص: يناير من كل عام.
 - كما يقدم في أي تاريخ خلال العام يصدر فيه قانون أو قرار بتعديل الأجور.
- (٣) يجوز لأصحاب الأعمال تقديم هذا النموذج إلكترونياً وفقاً للقواعد التي تحددها الهيئة.

إخطار بإنهاء اشتراك مؤمن عليه

مسمى :

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

رقم المنشأة :

رقم التسجيل الضريبي للمنشأة / --- / ----

بيانات المؤمن عليه

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

الرقم التأميني :

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

الرقم القومي :

الاسم :

☐

سبب انتهاء الاشتراك

--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

تاريخ انتهاء الاشتراك

بيانات محل إقامة المؤمن عليهعقار رقم:

--	--	--	--

 شارع/حارة

--	--

محافظة

--	--

قسم/ مركز

--	--

شياخة/ قرية

رقم المحمول أو التليفون الأرضي :

البريد الإلكتروني :

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

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

توقيع المؤمن عليه / / ٢٠ توقيع المدير المسئول / / ٢٠.

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي/

إقرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

أقر أن البيانات بعاليه صحيحة وانني أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موصى عليه بعلم الوصول برقم بتاريخ / / ٢٠.

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي

توقيع المدير المسئول / / ٢٠

خاتم

البيان	مستلم الإخطار	المراجع	مسجل آلي	مراجع آلي
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

ملحوظة: يلزم التأكد من توقيع كل من العامل وصاحب العمل على الإقرار الموضح خلف النموذج.

(أنظر خلفه)

إرشادات

١- يحزر هذا النموذج من أصل وصورتين يرسل الأصل لمكتب الهيئة المختص خلال أسبوع مــــن تاريخ تحقق إحدى الوقائع 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 لــــه بخطاب مسجل بعلم الوصول خلال ٢٤ ساعة من إرسالها لمكتب الهيئة المختص في حالة رفضه التوقيع.

٢- في حالة إخلال صاحب العمل بالإخطار في الموعد المشار إليه بالنسبة للمؤمن عليهم في البند (أ) من رقم (١) يلتزم بأداء مبلغ إضافي يقدر بنسبة (٢٠ %) من قيمة الاشتراك المستحق عن الشهر الأخير وذلك عن كل شهر تأخير عن المدة من تاريخ انتهاء الخدمة حتى تاريخ إرسال النموذج لمكتب الهيئة المختص وفي حساب مدة التأخير يحذف كسر الشهر.

إقرار

اسم المنشأة: رقمها التأميني:

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

العنوان:
اسم المؤمن عليه: رقمه التأميني:

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

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

توقيع المؤمن عليه

توقيع صاحب العمل

()

()

أقرر أنا الموقع أدناه بأن المؤمن عليه محل هذا النموذج قد رفض تسليم البطاقة العلاجية وقمت بإخطار الهيئة المعنية بالتأمين الصحي ببيانات المؤمن عليه لإيقاف التعامل معه.

توقيع صاحب العمل

()