

طلب

اشتراك مؤمن عليه طبقاً للقانون 148 لسنة 2019

- الفئة : 1 عاملين لدى الغير 2 أصحاب أعمال
3 المصريين بالخارج 4 عمالة غير منتظمة

رقم المنشأة اسم المنشأة:

بيانات المؤمن عليه

قيمة بيع الأصل والصورتين
جنيه

الرقم التأميني: الحالة الاجتماعية:

الرقم القومي:

اسم المؤمن عليه: الجنسية:

المؤهل: كود المهنة: المسمى:

تاريخ بدء الاشتراك:

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

* أجر / دخل الاشتراك التأميني: قرش جنيه لأجر الشامل: قرش جنيه

(لحساب اشتراك التأمين الصحي الشامل)

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:

عقار رقم:

المدينة:

شياخة / قرية:

جهة العمل:

شارع / حارة:

قسم / مركز: محافظة: رقم المحمول أو التليفون الأرضي:

توقيع المؤمن عليه: توقيع المدير المسئول:

تحريرا في: / /

تحريرا في: / /

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي:

البيان	مستلم الطلب	المراجع	سجل ألياً بمعرفة	روجع ألياً بمعرفة
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

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

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 وقّع 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

()