

صندوق العاملين بـ

منطقة:

وحدة:

طلب

بإشتراك مؤمن عليه طبقا للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥

رقم المنشأة: قطاع المنشأة:

اسم المنشأة:

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني: الحالة الإجتماعية:

الرقم القومي:

إسم المؤمن عليه: تاريخ الميلاد:

الجنسية: المؤهل:

كود المهنة للمؤمن عليه: المسمى:

تاريخ بدء الاشتراك:

نوع المدة	المسمى:	كود الإشتراك	المسمى:	القطاع:

الأجر الشهري الأساسي:	قرش	جنيه	الأجر المتغير:	قرش	جنيه

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

عقار رقم: شارع / حارة:

شياخة / قرية: قسم / مركز: محافظة:

توقيع المؤمن عليه: توقيع المدير المسئول:

تحريرا في: / /

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي:

البيان	مستلم الطلب	المراجع	سجل آليا بمعرفة	روجع آليا بمعرفة
الإسم				
التوقيع				
التاريخ				

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

إرشادات

(١) على صاحب العمل بالقطاع الخاص أن يرسل هذه الاستمارة من أصل وصورتين بالنسبة لكل من العاملين لديه مع طلب إشترائه في الصندوق لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ إلحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواء كان إلحاقاً نهائياً أو تحت الإختبار .

(٢) يرفق بالإستمارة لدى إشترائك المؤمن عليه لأول مرة بالصندوق شهادة ميلاد أو مستخرج رسمي من سجلات المواليد أو حكم قضائي يثبت السن أو صورة فوتوغرافية لبطاقة الحالة المدنية يتم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص .

(٣) التوقيع على هذه الإستمارة 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.

(٤) تستخدم هذه الإستمارة كطلب إشترائك في تأمين إصابات العمل فقط بالنسبة للفئات التالية :-

أ- من تجاوز سن الستين وأوقف إنتقاعه بتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة .

ب- العاملون الذين يخضعون لأحكام قانون العمل ممن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة .

ج- العاملون المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفي

و الخدمة العامة ، ويشترط إعتداد الإستمارة 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 إستيفاء الأجر على الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل .

إقرار

إسم المنشأة: رقمها التأميني:

العنوان:

١- أقر أنا الموقع على هذا بالإلتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصحية أمام اللجنة الصحية وقت توقيع الكشف الطبي مع الإلتزام بموافاة مكتب التأمينات التابع له المنشأة بتقرير طبي عن حالته الصحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ إلحاقه بالعمل تطبيقاً لنص المادة ٢١٦ من قانون العمل (١٢) لسنة ٢٠٠٣ .
توقيع صاحب العمل

()

٢- أقر أنا العامل بالمنشأة عالياً بأن أثبت حالتي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي وموافاة مكتب التأمينات التابع له المنشأة بالتقرير الطبي عن حالتي الصحية خلال أسبوعين من تاريخ إلحاقني بالعمل وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن صندوق التأمين الإجتماعي للعاملين بقطاع الأعمال العام والخاص لا يكون عليه أدنى إلتزام قانوني بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الإلتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

()