



طلب

اشترك مؤمن عليه من أصحاب الأجور الحكيمة طبقاً للقانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩

الفئة : ١ عامل مقاولات ٢ عامل نقل بري ٣ عامل صيد

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه: الرقم التأميني:

الرقم القومي:

الحالة الاجتماعية: كود القطاع:

المهنة: كود المهنة: / مستوى المهارة:

درجة الترخيص: رقم الرخصة: تاريخ إصدارها:

جهة إصدارها: تاريخ انتهاء الترخيص: ٢ / /

تاريخ بدء الاشتراك: / /

* أجر الاشتراك :

قرش	جنيه
<input type="text"/>	<input type="text"/>

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: / / نسبة العجز: %

توقيع المؤمن عليه:

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

العنوان :

عقيد رقم :

شارع / حارة:

شياخة / قرية :

قسم / مركز:

محافظة :

رقم المحمول أو التليفون الأرضي:

توقيع المؤمن عليه

تاريخ تحرير طلب الاشتراك: / /

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

ملحوظة: على العامل الاطلاع على الإرشادات الموضحة خلف النموذج مع التوقيع على الإقرار.

(أنظر خلفه)

إرشادات

١. يتم إرفاق صورة من شهادة قياس المهارة الصادرة عن مكتب القوى العاملة لعامل المقاولات.
٢. يقرر عامل المقاولات بتقديم الكشف الطبي الأولي لإثبات حالته الصحية ومدى لياقته لممارسة المهنة المطلوب الاشتراك عنها خلال شهر من تاريخ بدء الاشتراك.
٣. أقرأنا.....الموقع على هذا بالالتزام بموافاة مكتب الهيئة الذي تم الاشتراك به بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي عن حالتي الصحية خلال شهر على الأكثر من تاريخ بدء الاشتراك وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي غير ملتزمة بعرضه على اللجنة الطبية لإثبات عجزه وليس عليها أدنى التزام قانوني بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتهاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

()

٤. يتم إرفاق صورة من ترخيص القيادة الصادر من إدارة المرور المختصة .
٥. في حالة الترخيص لأول مرة، يتم إرفاق خطاب إدارة المرور المختصة، مع التعهد بتسليم صورة من رخصة القيادة فور استلامها من إدارة المرور .
٦. بالنسبة لعامل الصيد يتم إرفاق صورة من بطاقة الصيد الصادرة من مكاتب المصايد التابعة للهيئة العامة لتنمية الثروة السمكية وتطابق على الأصل بمعرفة الموظف المختص وتقرير طبي صادر من الجهة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي يفيد مدى لياقته الطبية لممارسة المهنة .
٧. يرفق بالنموذج لدى اشتراك المؤمن عليه لأول مرة بالهيئة صورة شهادة الميلاد المميكنة أو مستخرج رسمي من سجلات المواليد أو حكم قضائي يثبت السن أو صورة بطاقة الرقم القومي يتم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص .
٨. التوقيع على هذه الاستمارة بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة بها ولا يجوز لمن وقّع عليها أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.

توقيع المؤمن عليه

()

- توقيع الموظف المختص بما يفيد التوقيع أمامه بالاسم الثلاثي والتوقيع .

الاسم:

التوقيع: