الرقم التأميني

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (مكرر ٤٧)

طلب تسجيل / تعديل رقم تأميني للأجنبي

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

Applicant Data

الاسم بالكامل: ..... Full name.....

الاسم الأول: ..... First name.....

اسم العائلة: ..... Family name.....

اسم الأم: ..... Mother' name.....

تاريخ الميلاد: Date of birth | | | | / | | / | | |

دولة الميلاد: ..... Place of birth.....

النوع: ☐ ذكر ☐ انثي Gender: ☐ Male-☐ Female

رقم جواز السفر: Passport number: | | | | | | | | | | | | | | |

تاريخ الإصدار: Passport issue date: | | | | / | | / | | |

تاريخ الانتهاء: Passport expiration date: | | | | / | | / | | |

جهة الإصدار: ..... Passport issuing authority: .....

رقم الهوية للأجنبي: ..... ID number.....

تفاصيل العنوان: Address details: -

المحافظة: ..... قسم / مركز: .....

شياخة / قرية: ..... اسم الشارع: .....

جهات الاتصال: Communication:

رقم التليفون: ..... Phone number.....

البريد الإلكتروني: ..... E- mail.....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٤٧)

طلب تسجيل / تعديل رقم تأميني

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المواطن

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

الاسم الأول: ..... أسم الأب بالكامل: .....

محل الميلاد: ..... أسم الأم: .....

قسم / مركز الميلاد: ..... الحالة الاجتماعية: .....

تاريخ الميلاد: | | / | | / | | | |

تفاصيل العنوان: -

المحافظة: ..... قسم/ مركز: .....

شياخة / قرية: ..... اسم الشارع: .....

جهات الاتصال: -

رقم التليفون: ..... البريد الإلكتروني: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

تحريرا في: / / ٢٠

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

المنشآت النمطية

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (١)

طلـــب اشتراك مـؤمـــن عليـــه

الفئة : ١ عاملين لدى الغير ☐ ٢ أصحاب أعمال لهم منشآت ☐

٣ العاملين بالمخابز ☐

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

رقم تأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون:.....

رقم قومي : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المؤمن عليه

الرقـم التأميـنـي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ اسم المؤمن عليه:.....

الرقـم القومـي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ الجنســـية: .....

المؤهـل: ..... المهنة: .....

تاريخ بـــدء الاشتـــراك: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ القطاع : .....

كود الاشتراك:..... نوع المدة :.....

أجر /دخل الاشتراك: جنيـــه ☐☐☐☐☐☐ الأجـر الشامل: جنيـــه ☐☐☐☐☐☐

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ نسبة العجـز:..... ٪

استيفاء الكشف الطبي الابتدائي : نعم ☐ لا ☐

بيانات المنشأة

نوع المنشأة : نمطي ☐ سيارة ☐ مركب صيد ☐ مخابز بلدية ☐

اسم المنشأة:..... رقم المنشأة : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقـــار رقـم :..... شارع:..... قرية : .....

قسم / مركز:..... محافظة : .....

التوقيع

توقيع المؤمن عليه:..... توقيع صاحب العمل / المدير المسئول

رقم التليفون :..... (.....)

تحريرًا في: / /

مطابقة التوقيع

توقيع الموظف المختص بالمطابقة:..... تاريخ المطابقة: / /

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

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١. على صاحب العمل أن يرسل هذا النموذج مع طلب اشتراكه في الهيئة لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواء كان التحاقا نهائياً أو تحت الاختبار.

٢. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لمـــن وقَّع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.

٣. 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 المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفـــي والخدمة العامة، ويشترط اعتماد النموذج المحرر لهم من المدير المسئول بالهيئة التي تشرف على التلمذة الصناعية، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسـخة من عقد عمل المتدرب أو المسـتند المثبت لنوع العمل في جميع هذه الحالات.

(د) يقتصر استيفاء الأجر على الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل.

إقـــــرار

اســـم المنشأة: ..... رقمها التأميني: .....

العنـــــوان: .....

أقر أنا الموقِّع على هذا النموذج بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصـــة بالهيئة المعنية بالتأمين الصـحي أو الجهة الطبية المختصـة لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصـحية وقت توقيع الكشـف الطبي مع الالتزام بموافاة الهيئة بتقرير اللياقة الطبية الصـادر من الجهة الطبية المختصـة عن حالته الصـحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاقه بالعمل تطبيقاً لأحكام قانون العمل.

توقيع (صاحب العمل / المدير المسئول)

( )

أقر أنا..... العامل بالمنشـأة عاليه بأن أثبت حالتي الصـحية أمام اللجنة الطبية المختصـة بالهيئة المعنية بالتأمين الصـحي أو الجهة الطبية المختصـة وموافاة الهيئة بالتقرير الطبي عن حالتي الصـحية خلال أسبوعين من تاريخ التحاقي بالعمل وفي حالة عـدم قيامي بذلك فـإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنـى التزام قانونـي بعرضي على اللجان الطبية لاثبات العجز أو صرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

( )

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٢ مكرر)

طلـــب الاشتراك عن منشأة

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

الرقم التأمينى:..... رقم التليفون:.....

الرقم القومى :

بيانات المسئولين

أسم صاحب العمل : ..... الرقــم التأمينى:

أسم المدير المسئول : ..... الرقــم التأمينى:

أسم المفوض الإلكتروني : ..... الرقــم التأمينى:

بيانات المنشأة

اسم المنشأة:..... قطاع .....

رقــم المركز الرئيسى للمنشأة (يستوفي في حالة الفروع):

الكيان القانوني: ..... نوع النشاط :..... طبيعة النشاط :.....

تاريخ بدء النشاط: / /

رقم التسجيل الضريبي : الكود المؤسسي :

رقم السجل التجارى :

رقم السجل التجاري الموحد :

تليفون المنشأة :..... البريد الإلكتروني :.....

بيانات عنوان المنشأة

عقــار رقــم :..... شارع / حارة:..... قرية :.....

قسم / مركز:..... محافظة :.....

العنوان تفصيلاً:.....

توقيع صاحب العمل/ المدير المسئول

الأسم ثلاثي:..... التوقيع:

الصفة :.....

رقم التليفون :..... خاتم المنشأة :

تحريرًا في: / /

مطابقة التوقيع

توقيع الموظف المختص بالمطابقة:..... تاريخ المطابقة: / /

ملحوظة: على صاحب العمل الإطلاع على التوجيهات الموضحة خلف النموذج. (أنظر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــــــادات

يحرر هذا النموذج ويقدم إلى الهيئة خلال أسبوعين من تاريخ بدء النشاط و يرفق بطلب الاشتراك المشار إليه المستندات الآتية:

١- نموذج توقيع صاحب العمل أو الأشخاص المسئولين عن تحرير المكاتبات أو استيفاء البيانات أو الاستمارات، وفقًا للنموذج رقم (١١) المرافق معتمدًا من صاحب العمل ومختومًا بخاتم المنشأة، أو التوقيع الإلكتروني.

ويلتزم صـاحب العمل بكل ما يترتب على توقيع هؤلاء المسـئولين على المحررات والمكاتبات والاسـتمارات والنماذج الخاصة بتنفيذ أحكام القانون.

٢- المستندات الدالة على بدء نشاط صاحب العمل (البطاقة الضريبية – السجل التجاري) مرفق به عقد الشركة أو قرار إنشائها أو عقد الإيجار أو الترخيص الصادر بمزاولة النشاط وكذلك المستندات الدالة على صفة صاحب العمل في غير المنشآت الفردية.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (١١)

نمـــوذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المنشأة

اسم المنشأة:..... تليفون المنشأة : .....

رقم المنشأة : | | | | | | | | | | | البريد الإلكتروني:.....

رقم التسجيل الضريبي : | | | | | | | | | | |

اســم من له الحق في التوقيع	الصفة	التوقيع
١-		
٢-		
٣-.....		
٤-.....		

مطابقة التوقيع

توقيع الموظف المختص بالمطابقة:..... تاريخ المطابقة: / /

(يستوفى في حالة التعديل)

- يعتد بهذا النموذج للتفويض الالكتروني للمذكورين في هذا النموذج.

تحريرًا في: / / ٢٠

خاتم المنشأة

توقيع صاحب العمل

.....

(أنظر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــــادات

١- يحرر هذا النموذج من صـاحب العمل أو الأشـخاص المسـئولين عن تحرير المكاتبات أو اسـتيفاء البيانات أو النماذج التي تقدم للهيئة معتمدًا بخاتم المنشأة على أن يتم التوقيع بالنسبة لأصحاب الأعمال بالقطاع الخاص أمام موظف الهيئة الذي يؤشر بما يفيد أن التوقيع قد تم أمامه.

٢- بالنسـبة لمن لا يوقعون بإمضـائهم من أصـحاب الأعمال أو الأشـخاص المسـئولين لديهم فيتعين عليهم إعداد أختام خاصة يختمون بها نموذج التوقيع في المكان المعد لهذا الغرض مع أخذ بصمة الإبهام الأيمن لصاحب العمل أو المسـئول لديه أمام موظف الهيئة الذي يؤشـر بما يفيد بأن بصـمتي الخاتم والإبهام الأيمن قد تمت أمامه.

٣- يلتزم صـاحب العمل دائما بكل ما يترتب على توقيع هؤلاء المسـئولين على المحررات والمكاتبات والنماذج الخاصة بتنفيذ أحكام القانون.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

نموذج رقم (١٢)

رقم المنشأة : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

اسم المنشأة :.....

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

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

إخطار (تغيير/ تحديث) في بيانات المنشأة

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد ،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... **صفة مقدم الطلب**.....

الرقم التأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **رقم التليفون:**.....

الرقـــم القومي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

البيانات المطلوب تعديلها

أولا: التكرم بتحديث بيانات المنشأة وفقاً للبيانات التالية

ثانياً: أتشرف بالإحاطة أنه اعتبارًا من / / قد تم حدوث تغيير في بيانات المنشأة والتغيير كالتالي:

م	بيان		البيان قبل التعديل	البيان بعد التعديل
١.	تعديل عنوان المنشأة			
٢.	تعديل بيانات القانونية للمنشأة			
٣.	تعديل رقم السجل الضريبي للمنشأة			
٤.	تعديل رقم السجل التجاري الموحد للمنشأة			
٥.	تعديل رقم السجل التجاري للمنشأة			
٦.	تعديل تاريخ بدء النشاط			
٧.	تعديل رقم المنشأة الرئيسية لفرع			
٨.	تحويل من منشأة فرعية لمنشأة رئيسية لكل المنشأت التابعة			
٩.	تعديل المسئولين	إضافة	الرقم التأميني:	الصفة :
		تعديل	الرقم التأميني:	الصفة :
		إلغاء	الرقم التأميني:	الصفة :

تقر المنشـــأه : ..... بصـــحة ما ورد بهذا الإخطار والمستندات المرفقة به.

تحريرًا في : / / ٢٠ توقيع صاحب العمل:----------

توقيـــع مقدم الطلب: ----------

ملحوظة:

يتعين أن يكون الإخطار خلال خمسة عشر يومًا من تاريخ وقوع أي تغيير في البيانات أو المستندات المقدمة.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٧٦)

طلب إنهاء اشتراك منشأة

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المنشأة

رقم المنشأة: | | | | | | | | | | اسم المنشأة: .....

رقم التسجيل الضريبي: | | | / | | | / | | |

تاريخ انتهاء الاشتراك: | | / | | / | | | | سبب انتهاء الاشتراك: .....

نوع الإنهاء:(ايقاف مؤقت مع إنهاء صاحب العمل والمؤمن عليهم☐ -إيقاف موقت مع انهاء المؤمن عليهم☐ -إيقاف نهائي☐)

إقرار صاحب العمل أو المدير المسئول

أقـر بأن جميع البيانات بعالية صحيحة.

خاتـم المنشأة

توقيع صاحب العمل/ المدير المسئول

.....

/ / ٢٠

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٧٧)

طلب العرض على لجنة بحث اعتراضات أصحاب الأعمال

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

أرجو التكرم بالعرض على لجنة بحث اعتراضات أصحاب الأعمال للتظلم من:

سبب الاعتراض بإيجاز: .....

.....

.....

.....

رقم المنشأة: | | | | | | | | | اسم المنشأة: .....

رقم التسجيل الضريبي: | | | / | | | / | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع صاحب العمل / المدير المسئول

الاسم: .....

التوقيع: .....

خاتـم المنشأة

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لطلب الاعتراض

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

نموذج رقم (٦١)

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

طلب تخفيض اشتراكات التأمين الاجتماعي (إصابي/ مرضي)

(مقابل الحقوق المالية)

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

برجاء التكرم بالموافقة على تخفيض نسبة الاشتراكات في تأمين (☐إصابات العمل – ☐تأمين المرض) وذلك مقابل الحقوق المالية.

الإقرار

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: | | | | | | | | | |

الرقم الضريبي: ...../...../.....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع (صاحب العمل/ المدير المسئول)

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب إضافة مفوض الكتروني

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

برجاء الموافقة على منحى صلاحية التعامل على المنشأة الخاصة بي على المنصة الالكترونية للهيئة حتى يتسنى لنا تقديم كافة النماذج والاستمارات الخاصة بالمنشأة وكذلك سداد كافة الرسوم والاشتراكات الملتزم بها قانونا من خلال الخدمات المتاحة على المنصة الالكترونية للهيئة.

وأقر بقراءتي وموافقتي على كافة الشروط والاحكام الخاصة بتلك الصلاحيات وأكون مسئولا مسئولية كاملة عن استخدام تلك الصلاحية وأن أي استخدام لها تحت مسؤوليتي المباشرة. كما أقر بأنني مسئول عن ابلاغ الهيئة فور حدوث اية تعديل (فقد/ تلف أداة التوقيع الإلكتروني – وفاة مالك أو مستخدم أداه التوقيع الإلكتروني – الغاء التفويض – انهاء العلاقة التعاقدية للمفوض الالكتروني – تغيير المفوض الكترونيا – أو أي تغيير يخص التعامل على المنصة الالكترونية)

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: | | | | | | | | | |

اسم صاحب العمل: .....

الرقم التأميني لصاحب العمل: | | | | | | | | | | |

الرقم القومي لصاحب العمل: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المفوض الإلكتروني

الاسم: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات اداة التوقيع الإلكتروني (التوكن)

ملكية التوكن: (صاحب العمل ☐ – المفوض الإلكتروني☐)

بداية عقد التوكن: | | | | / | | / | | | | نهاية عقد التوكن: | | | | / | | / | | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في : / / ٢٠

توقيع صاحب العمل / المدير المسئول

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٦١ مكرر)

رقم المنشأة: | | | | | | | | | |

اسم المنشأة: .....

رقم السجل الضريبي:...../...../.....

طلب تخفيض اشتراكات التأمين الاجتماعي (إصابي/ مرضي)

(حالة العلاج والرعاية الطبية)

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

برجاء التكرم بالموافقة على تخفيض نسبة الاشتراكات في تأمين (☐ إصابات العمل – ☐ تأمين المرض) وذلك مقابل العلاج والرعاية الطبية

وذلك بناء على قرار رقم ( ) ، تاريخ القرار: .....

علماً بان سريان الاعفاء: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

- يرفق القرار الصادر من الهيئة المعنية بالتأمين الصحي

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

رقم المنشأة: | | | | | | | | |

اسم المنشأة: .....

رقم التسجيل الضريبي: ...../...../.....

طلب استخراج كشف حساب منشأة

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

برجاء الموافقة على استخراج طابعة تأمينية معتمدة موضح به البيانات الاتية:

☐ **بيان بالعاملين المستمرين / المنهي خدمتهم / المستمرين ومنهي خدمتهم بالمنشأة**

☐ كشف حساب المنشأة عن الفترة من .....إلى .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

المنشآت النوعية

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (١)

طلـــب اشتراك مـؤمـــن عليـــه

الفئة : ١ عاملين لدى الغير ☐ ٢ أصحاب أعمال لهم منشآت ☐

٣ العاملين بالمخابز ☐

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

رقم تأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون:.....

رقم قومي : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المؤمن عليه

الرقـم التأميـنـي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ اسم المؤمن عليه:.....

الرقـم القومـي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ الجنســـية: .....

المؤهـل: ..... المهنة: .....

تاريخ بـــدء الاشتـــراك: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ القطاع : .....

كود الاشتراك:..... نوع المدة :.....

أجر /دخل الاشتراك: جنيـــه ☐☐☐☐☐☐ الأجـر الشامل: جنيـــه ☐☐☐☐☐☐

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ نسبة العجـز:..... ٪

استيفاء الكشف الطبي الابتدائي : نعم ☐ لا ☐

بيانات المنشأة

نوع المنشأة : نمطي ☐ سيارة ☐ مركب صيد ☐ مخابز بلدية ☐

اسم المنشأة:..... رقم المنشأة : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقـــار رقـم :..... شارع:..... قرية : .....

قسم / مركز:..... محافظة : .....

التوقيع

توقيع المؤمن عليه:..... توقيع صاحب العمل / المدير المسئول

رقم التليفون :..... (.....)

تحريرًا في: / /

مطابقة التوقيع

توقيع الموظف المختص بالمطابقة:..... تاريخ المطابقة: / /

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

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١. على صاحب العمل أن يرسل هذا النموذج مع طلب اشتراكه في الهيئة لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواء كان التحاقا نهائياً أو تحت الاختبار.

٢. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لمـــن وقَّع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.

٣. 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 المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفـــي والخدمة العامة، ويشترط اعتماد النموذج المحرر لهم من المدير المسئول بالهيئة التي تشرف على التلمذة الصناعية، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسـخة من عقد عمل المتدرب أو المسـتند المثبت لنوع العمل في جميع هذه الحالات.

(د) يقتصر استيفاء الأجر على الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل.

إقـــــرار

اســـم المنشأة: ..... رقمها التأميني: .....

العنـــــوان: .....

أقر أنا الموقِّع على هذا النموذج بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصـــة بالهيئة المعنية بالتأمين الصـحي أو الجهة الطبية المختصـة لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصـحية وقت توقيع الكشـف الطبي مع الالتزام بموافاة الهيئة بتقرير اللياقة الطبية الصـادر من الجهة الطبية المختصـة عن حالته الصـحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاقه بالعمل تطبيقاً لأحكام قانون العمل.

توقيع (صاحب العمل / المدير المسئول)

( )

أقر أنا..... العامل بالمنشـأة عاليه بأن أثبت حالتي الصـحية أمام اللجنة الطبية المختصـة بالهيئة المعنية بالتأمين الصـحي أو الجهة الطبية المختصـة وموافاة الهيئة بالتقرير الطبي عن حالتي الصـحية خلال أسبوعين من تاريخ التحاقي بالعمل وفي حالة عـدم قيامي بذلك فـإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنـى التزام قانونـي بعرضي على اللجان الطبية لاثبات العجز أو صرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

( )

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٦)

إخطار بإنتهاء اشتراك مؤمن عليه

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

رقم تأميني:... رقم التليفون:.....

رقم القومي:

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني : الاســـــم :----------

الرقم القومي :

رقم المنشأه : اسم المنشأه:.....

تاريخ انتهاء الاشتراك سـبب انتهاء الاشتراك:.....

إقـرار المؤمن عليه والمدير المسئول

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

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

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي/----------

إقـرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

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

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي

خاتـم الجهـة

توقيع المدير المسئول ---------- / / ٢٠

إقـرار المؤمن عليه في حالة وجود نزاع

أقـر أن البيانات بعاليه صحيحة وان صاحب العمل امتنع عن (توقيع / تقديم) نموذج انتهاء الخدمه

توقيع المؤمن عليه ---------- / / ٢٠

ملحوظـة: يلزم التأكد من توقيع كل من العامل أوصاحب العمل على الإقرار الموضح خلف النموذج.

توقيع مقدم الطلب ---------- / / ٢٠

(انظـر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١. يحرر هذا النموذج ويرسل للهيئة خلال أسبوع مـن تاريخ تحقق إحدى الوقائع الآتية:

أ. انتهاء خدمة المؤمن عليه.

ب. انتهاء مدة التلمذة الصناعية أو التدرج.

ج. انتهاء العمل بالمشروع الصيفي للطلبة.

٢. في حالة إخلال صاحب العمل بالإخطار في الموعد المشار إليه بالنسبة للمؤمن عليهم في البند (أ) من رقم (١) يلتزم بأداء مبلغ إضـافي يقدر بنسـبة (٢٠٪) من قيمة الاشـتراك المسـتحق عن الشـهر الأخير وذلك عن كل شـهر تأخير عن المدة من تاريخ انتهاء الخدمة حتى تاريخ إرسـال النموذج للهيئة وفي حساب مدة التأخير يحذف كسر الشهر.

إقـــــــــرار

اســـم المنشأة:---------- رقمها التأميني: | | | | | | | | | | |

العنـــــوان:----------

اســـم المؤمن عليه :---------- رقمه التأميني: | | | | | | | | | | |

٣. أقر أنا الموقع أدناه بأنني قد قمت بســحب البطاقة العلاجية من المؤمن عليه وتم تســليمها لفرع الهيئـــة المعنية بالتأمين الصحي وفي حالة ظهور ما يخالف ذلك أكون مسئولاً بالتضامن مع العامل في مواجهة الهيئـــة 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**

( ) ( )

٤. أقـــــر أنا الموقع أدناه بأن المؤمن عليه محل هذا النموذج قد رفض تسليم البطاقة العلاجيـــــة وقمت بإخطار الهيئـــة المعنية بالتأمين الصحي ببيانات المؤمن عليه لإيقاف التعامل معه.

توقيع صاحب العمل

( )

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب اشتراك مركب صيد

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المالك

نوع المالك: (افراد☐ -منشأت ☐)

اسم الفرد: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | رقم التليفون:.....

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة | | | | | | | | | | |

تاريخ الملكية: | | / | | / | | | | تاريخ بدء الاشتراك: | | / | | / | | | |

فئة الاشتراك: .....

يحمل بطاقة صيد: ☐ نعم ☐ لا

بيانات المركب

اسم المركب: ..... نوع المركب: .....

نوع الترخيص: ..... طول المركب(الأبعاد): .....

تاريخ بداية الترخيص: | | / | | / | | | | تاريخ نهاية الترخيص: | | / | | / | | | |

رقم التسجيل: ..... تاريخ التسجيل: .....

ميناء التسجيل: ..... سنة الصنع: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١- تقديم الطلب مرفق به شهادة تسجيل بيانات المركب بالإضافة إلى صورة بطاقة الرقم القومي سارية وصورة البطاقة الضريبية سارية.

٢- ارفاق طلب اشتراك مؤمن عليه على النموذج رقم (١) على أن يوضح بطلب الاشتراك حصة كل شريك والبيانات الخاصة به مطابقًا لما هو مدرج بترخيص الهيئة المصرية لسلامة الملاحة البحرية، أو بالخطاب الوارد من جهاز حماية وتنمية البحيرات والثروة السمكية المختص بحسب الأحوال بالإضافة إلي بيان بتدرج الملكية (شهادة رسمية مستخرجة من سجل السفن) لحالات نقل الملكية.

٣- بالنسبة للمراكب الآلية العاملة بالمياه البحرية تقديم شهادة التسجيل لمركب الصيد من الهيئة المصرية لسلامة الملاحة البحرية،اما المراكب الشراعية والمراكب العاملة بالمياه الداخلية والبحيرات تقديم شهادة أو خطاب من مكتب المصايد المختص أو ترخيص من الهيئة العامة للنقل النهري بالنسبة للملاحة الداخلية.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٤٤)

طلب انهاء اشتراك سيارة / مركب صيد

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات السيارة

رقم منشأه السيارة: | | | | | | | | | | اسم المالك: .....

رقم الشاسيه: ..... رقم اللوحات: ..... نوع الترخيص: .....

تاريخ الانهاء: | | / | | / | | | |

سبب الانهاء:

.....

.....

مستند الإنهاء: .....

بيانات المركب

اسم مالك المركب: ..... الرقم التأميني | | | | | | | | | |

اسم المركب: ..... رقم المنشأة: | | | | | | | | | |

نوع الترخيص: ..... رقم الموتور: .....

تاريخ الانهاء: | | / | | / | | | | سبب الانهاء: .....

بيانات محل الإقامة

المحافظة: ..... القسم/المركز: .....

شياخة / القرية: ..... اسم الشارع: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

(أنظر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

بالنسبة لمراكب الصيد:

تثبت حالات شطب المركب للمراكب الآلية بخطاب أو شهادة من التفتيش البحري.

يُنهي اشتراك السيارة في الحالات التالية:

١. نقل ملكية السـيارة للغير بموجب شـهادة تفيد نقل الملكية معتمدة من إدارة المرور المختصـة وفي هذه الحالة يتعين اتخاذ كافة الإجراءات القانونية نحو إخضـاع صـاحب العمل الجديد للاشتراك عن السيارة.

٢. تكهين السـيارة أو بيعها خردة بموجب فواتير موثقة أو بموجب خطاب من إدارة المرور المختصة.

٣. سرقة السيارة ويثبت ذلك بموجب خطاب صادر من إدارة المرور موضحاً به تاريخ سرقتها ويتم إنهاء الاشتراك اعتباراً من ذلك التاريخ.

٤. إحلال سـيارة جديدة محل السـيارة القديمة طبقاً لقانون المرور بعد إجراء التسـويات اللازمة على أن يدرج رقم المنشأة القديمة ببيانات المنشأة الجديدة.

٥. مصادرة السيارة بموجب حكم قضائي نهائي اعتبارا من تاريخ المصادرة.

٦. تسـليم لوحات السـيارة لإدارة المرور المختصـة ويثبت ذلك بموجب شـهادة صـادرة من إدارة المرور.

٧. القبض على السيارة أو التحفظ عليها أو فقدها أو احتراقها ويثبت ذلك بشهادة صادرة من إدارة المرور.

٨. نهاية آخر ترخيص للسـيارة ويثبت ذلك بخطاب صـادر من إدارة المرور المختصـة بشـرط عدم ضبطها.

٩. إلغاء تصـريح تشـغيل المركبة أو وسـيلة النقل الجماعي التي تعمل ضـمن منظومة النقل البرى للركاب باستخدام تكنولوجيا المعلومات.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٤٤)

طلب انهاء اشتراك سيارة / مركب صيد

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | |

بيانات السيارة

رقم منشأه السيارة: | | | | | | | | | | اسم المالك: .....

رقم الشاسيه: ..... رقم اللوحات: ..... نوع الترخيص: .....

تاريخ الانهاء: | | / | | / | | | |

سبب الانهاء:

.....

.....

مستند الإنهاء: .....

بيانات المركب

اسم مالك المركب: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

اسم المركب: ..... رقم المنشأة: | | | | | | | | | |

نوع الترخيص: ..... رقم الموتور: .....

تاريخ الانهاء: | | / | | / | | | | سبب الانهاء: .....

بيانات محل الإقامة

المحافظة: ..... القسم/المركز: .....

شياخة / القرية: ..... اسم الشارع: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

(أنظر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

بالنسبة لمراكب الصيد:

تثبت حالات شطب المركب للمراكب الآلية بخطاب أو شهادة من التفتيش البحري.

يُنهي اشتراك السيارة في الحالات التالية:

١. نقل ملكية السـيارة للغير بموجب شـهادة تفيد نقل الملكية معتمدة من إدارة المرور المختصـة وفي هذه الحالة يتعين اتخاذ كافة الإجراءات القانونية نحو إخضـاع صـاحب العمل الجديد للاشتراك عن السيارة.

٢. تكهين السـيارة أو بيعها خردة بموجب فواتير موثقة أو بموجب خطاب من إدارة المرور المختصة.

٣. سرقة السيارة ويثبت ذلك بموجب خطاب صادر من إدارة المرور موضحاً به تاريخ سرقتها ويتم إنهاء الاشتراك اعتباراً من ذلك التاريخ.

٤. إحلال سـيارة جديدة محل السـيارة القديمة طبقاً لقانون المرور بعد إجراء التسـويات اللازمة على أن يدرج رقم المنشأة القديمة ببيانات المنشأة الجديدة.

٥. مصادرة السيارة بموجب حكم قضائي نهائي اعتبارا من تاريخ المصادرة.

٦. تسـليم لوحات السـيارة لإدارة المرور المختصـة ويثبت ذلك بموجب شـهادة صـادرة من إدارة المرور.

٧. القبض على السيارة أو التحفظ عليها أو فقدها أو احتراقها ويثبت ذلك بشهادة صادرة من إدارة المرور.

٨. نهاية آخر ترخيص للسـيارة ويثبت ذلك بخطاب صـادر من إدارة المرور المختصـة بشـرط عدم ضبطها.

٩. إلغاء تصـريح تشـغيل المركبة أو وسـيلة النقل الجماعي التي تعمل ضـمن منظومة النقل البرى للركاب باستخدام تكنولوجيا المعلومات.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب تعديل بيانات الأساسية لمركب صيد

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

ارجو تعديل بيانات مركب الصيد:

نوع الطلب: (أفراد ☐ -منشأة ☐)

الاسم: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | |

رقم المركب: | | | | | | | | | رقم المنشأة: | | | | | | | | |

البيانات الأساسية المراد تعديلها للمركب

رقم التسجيل: ..... سنة الصنع: .....

تاريخ التسجيل: | | / | | / | | | | ميناء التسجيل: .....

اسم المركب: ..... وصف السفينة: .....

طول المركب: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب تعديل بيانات السيارة

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

ارجو تعديل بيانات السيارة:

١	تعديل البيانات الأساسية للمركبة	

٢	كود المسئولية	

نوع الطلب: (أفراد ☐ -منشأة ☐) الاسم: .....

الرقم التأميني للمنشأة: | | | | | | | | | | رقم منشأة السيارة: | | | | | | | | | |

البيانات الأساسية المراد تعديلها للمركبة

الموديل: ..... رقم الموتور: .....

رقم الشاسيه: ..... سنه الصنع: .....

الماركة: .....

تاريخ بدء الضريبة: | | | | | | | | |

تاريخ إنهاء المركبة: | | | | | | | | |

تعديل السائق / التباع

نوع التعديل (حذف ☐ – إضافة ☐)

اسم السائق: ..... الرقم التأميني للسائق: | | | | | | | | | | |

درجة رخصة: ..... انتهاء رخصة السائق: | | | | | | | |

اسم التباع: ..... الرقم التأميني للتباع: | | | | | | | | | | |

كود المسئولية

كود المسئولية: (مسئول ☐ -غير مسئول ☐)

الاسم: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب اضافة مدة غير مسجلة

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

١	تسجيل مدة حكمية		٢	تسجيل مدة لم ترخص مروريا		٣	لم ترخص مروريا وتم الضبط	

رقم منشأة السيارة: | | | | | | | | | |

نوع المالك: (فرد ☐ -منشأة ☐)

رقم المنشأة:..... اسم المنشأة: .....

اسم المؤمن علية:..... الرقم التأميني: | | | | | | | | |

تاريخ بداية المدة/ تاريخ نهاية اخر ترخيص : | | | | | | | | |

تاريخ نهاية المدة/ تاريخ الضبط : | | | | | | | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب تجديد رخصة سيارة / تجديد مركب صيد

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المالك (سيارة / مركب صيد)

رقم السيارة / المركب: | | | | | | | | | |

نوع الطلب: (أفراد☐ -منشآت☐)

الاسم: ..... رقم تأميني (أفراد): | | | | | | | | | |

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: .....

بيانات الرخصة

إدارة المرور: ..... نوع الرخصة: .....

رقم اللوحة: .....

تاريخ التجديد / بداية الضريبة: | | | | / | | / | | |

تاريخ نهاية الرخصة: | | | | / | | / | | |

بيانات السائق / التباع

اسم السائق: ..... الرقم التأميني للسائق: | | | | | | | | | |

درجة رخصة السائق: ..... تاريخ انتهاء رخصة السائق: | | | | / | | / | | |

اسم التباع: ..... الرقم التأميني للتباع: | | | | | | | | | |

بيانات تجديد مركب الصيد

طول المركب: .....

بداية التجديد: | | | | / | | / | | | نهاية التجديد: | | | | / | | / | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب تجديد رخصة قيادة سيارة / بطاقة مقاولات / بطاقة صيد

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه: ..... المهنة: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

بيانات تجديد رخصة مهنية

رقم الرخصة: ..... نوع الرخصة: .....

درجة الرخصة: .....

بداية الرخصة: | | / | | / | | نهاية الرخصة: | | / | | / | |

بيانات بطاقة المقاولات /التباع

درجة المهارة: .....

تاريخ بدء البطاقة: | | / | | / | | تاريخ انتهاء البطاقة: | | / | | / | |

بيانات بطاقة الصيد

رقم بطاقة الصيد: .....

تاريخ بداية البطاقة: ..... تاريخ نهاية البطاقة: .....

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب تسجيل بيانات /نقل ملكية سيارة

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المالك

نوع مالك السيارة: (افراد☐ -منشأت ☐)

(في حالة الافراد)

الاسم:..... الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

نوع كود مالك السيارة :.....

(في حالة المنشأت)

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: | | | | | | | | | |

الاشتراك عن سائق:

☐ مشترك

☐ غير مشترك اسم السائق:..... الرقم التأميني للسائق: | | | | | | | | | |

اسم التباع:..... الرقم التأميني للتباع: | | | | | | | | | |

درجة رخصة السائق: ..... تاريخ انتهاء رخصة السائق: | | / | | / | |

تاريخ بدء الاشتراك / تاريخ الملكية: | | / | | / | |

فئة الاشتراك: .....

بيانات السيارة

الماركة: ..... الموديل: .....

سنة الصنع: ..... رقم الشاسيه: .....

رقم الموتور: ..... رقم اللوحات المعدنية: .....

نوع الترخيص: ..... قسم المرور: ..... تاريخ صرف اللوحات: .....

تاريخ بداية الضريبة: | | / | | / | | تاريخ نهاية الضريبة: | | / | | / | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع صاحب السيارة / المدير المسئول

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

التغطية التأمينية

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (١)

طلـــب اشتراك مـؤمـــن عليـــه

الفئة : ١ عاملين لدى الغير ☐ ٢ أصحاب أعمال لهم منشآت ☐

٣ العاملين بالمخابز ☐

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

رقم تأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون:.....

رقم قومي : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المؤمن عليه

الرقـم التأميـنـي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ اسم المؤمن عليه:.....

الرقـم القومـي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ الجنســـية: .....

المؤهـل: ..... المهنة: .....

تاريخ بـــدء الاشتـــراك: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ القطاع : .....

كود الاشتراك:..... نوع المدة :.....

أجر /دخل الاشتراك: جنيـــه ☐☐☐☐☐☐ الأجـر الشامل: جنيـــه ☐☐☐☐☐☐

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ نسبة العجـز:..... ٪

استيفاء الكشف الطبي الابتدائي : نعم ☐ لا ☐

بيانات المنشأة

نوع المنشأة : نمطي ☐ سيارة ☐ مركب صيد ☐ مخابز بلدية ☐

اسم المنشأة:..... رقم المنشأة : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقـــار رقـم :..... شارع:..... قرية : .....

قسم / مركز:..... محافظة : .....

التوقيع

توقيع المؤمن عليه:..... توقيع صاحب العمل / المدير المسئول

رقم التليفون :..... (.....)

تحريرًا في: / /

مطابقة التوقيع

توقيع الموظف المختص بالمطابقة:..... تاريخ المطابقة: / /

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

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١. على صاحب العمل أن يرسل هذا النموذج مع طلب اشتراكه في الهيئة لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواء كان التحاقا نهائياً أو تحت الاختبار.

٢. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لمـــن وقَّع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.

٣. 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 المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفـــي والخدمة العامة، ويشترط اعتماد النموذج المحرر لهم من المدير المسئول بالهيئة التي تشرف على التلمذة الصناعية، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نســخة من عقد عمل المتدرب أو المســتند المثبت لنوع العمل في جميع هذه الحالات.

(د) يقتصر استيفاء الأجر على الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل.

إقـــــرار

اســـم المنشأة: ..... رقمها التأميني: .....

العنـــــوان: .....

أقر أنا الموقِّع على هذا النموذج بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصـــة بالهيئة المعنية بالتأمين الصـحي أو الجهة الطبية المختصـة لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصـحية وقت توقيع الكشـف الطبي مع الالتزام بموافاة الهيئة بتقرير اللياقة الطبية الصـادر من الجهة الطبية المختصـة عن حالته الصـحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاقه بالعمل تطبيقاً لأحكام قانون العمل.

توقيع (صاحب العمل / المدير المسئول)

( )

أقر أنا..... العامل بالمنشـأة عاليه بأن أثبت حالتي الصـحية أمام اللجنة الطبية المختصـة بالهيئة المعنية بالتأمين الصـحي أو الجهة الطبية المختصـة وموافاة الهيئة بالتقرير الطبي عن حالتي الصـحية خلال أسبوعين من تاريخ التحاقي بالعمل وفي حالة عـدم قيامي بذلك فـإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنـى التزام قانونـي بعرضي على اللجان الطبية لاثبات العجز أو صرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

( )

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (١ مكرر)

طلـــب اشتراك مـؤمـــن عليـــه

الفئة : ١ العاملين المصريين بالخارج ☐ ٢ أصحاب أعمال ليس لهم منشآت ☐

٣ العمالة غير المنتظمة ☐

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

رقم تأمينى: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون: .....

رقم قومى : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المؤمن عليه

الرقـم التأميـنـي : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ اسم المؤمن عليه: .....

الرقـم القومـي : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ الجنســـية: .....

المؤهـل: ..... المهنة: .....

تاريخ بـــدء الاشتـــراك: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ القطاع : .....

كود الاشتراك: ..... نوع المدة : .....

أجر /دخل الاشتراك | جنيـه | ☐☐☐☐☐☐

الأجـر الشامل : | جنيـه | ☐☐☐☐☐☐

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ نسبة العجـز: ..... ٪

استيفاء الكشف الطبي الابتدائى : نعم ☐ لا ☐

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقـار رقـم : ..... شارع / حارة: ..... قرية : .....

قسم / مركز: ..... محافظة : .....

التوقيع

توقيع المؤمن عليه: .....

رقم التليفون : .....

تحريرًا في: / /

ملحوظة: على المؤمن علية الإطلاع على التوجيهات الموضحة خلف النموذج مع التوقيع على الإقرار.

(أنظر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١. يُسلم هذا النموذج خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ مزاولة المهنة / النشاط أو التحاقه بالعمل.

٢. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لمـــــن وقَّع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة.

٣. بالنسبة للعاملين بالخارج يتم ارفاق صوره من مستند المثبت لبد العمل أو النشاط الموجب للخضوع لأحكام القانون.

إقـــــرار

أقر أنا..... المؤمن عليه بأن أثبت حالتي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة وموافاة الهيئة بالتقرير الطبي عن حالتي الصحية خلال أسبوعين من تاريخ التحاقي بالعمل وفي حالة عـدم قيامي بذلك فـإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنـى التزام قانونـي بعرضى على اللجان الطبية لاثبات العجز أو صرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

( )

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٢)

رقـم المنشأة: | | | | | | | | |

إخطار بتعديل/ تحديث بيانات أجور المؤمن عليهم في / / ٢٠

بيانات مقدم الطلب / المنشأة

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:..... رقم تأميني: | | | | | | | | | |

رقم قومي : | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التليفون:.....

أسم المنشأة :..... قطاع المنشأة :..... رقم التسجيل الضريبي :.....

رقم السجل التجاري :..... رقم السجل التجاري الموحد :.....

بيانات المؤمن عليهم

الرقـــم التأميني	اســـــم المؤمن عليه	الـرقـــم القـــومـــي	تاريخ الالتحاق			أجـــر الاشتراك	الأجر الشامل
			يـوم	شهر	سنـة	جنيـه	جنيـه

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إقرار

أقـــــــر أنا---------- بصفتي---------- بأن جميع البيانات الواردة بهذا النموذج وملحقاته صحيحة (الأجر الشامل لحساب ا شتراكات التأمين الصحي الشامل) وانى اتحمل المسئولية القانونية عن صحة البيانات الواردة بهذه الا ستمارة وفي حالة المخالفة تطبق العقوبات المنصوص عليها بالقانون رقم ١٤٨ لسـنه ٢٠١٩ مع عدم الاخلال بأي عقوبات أشـد واردة في قانون العقوبات، وعلى أن يتم موافاه الهيئه بأى تعديلات تطرأ على أجور العاملين بالمنشأه في أي تاريخ خلال العام يصدر فيه قرار أو قانون بتعديل الأجور وكذلك في يناير من كل عام .

توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول

---------- .

تحريرًا في: / / ٢٠

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٤)

طلب إضافة مدد سابقة

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

برجاء التكرم باتخاذ الإجراءات اللازمة لضم مدة الاشتراك السابقة في التأمين الاجتماعي، وبيان المدة كما يلي:

م	اسم جهة العمل	رقم المنشأة	القطاع	المدة					
				من			إلي		
				يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة
١									
٢									
٣									

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب : .....

اسـم المؤمـن عليـه.....

تاريـخ الميـلاد

رقم التليفون:.....

نموذج بيـانـات التغطيـة التأمينيـة

الرقـم التأميني

الرقم القومى

نموذج رقم (٥)

١.المـدة الحاليـة (إلحـاق مـؤمـن عليـه)					(تابع) تدرج أجر أو دخل اشتراك المدة الحالية					٢.مـدة اشتراك سـابقة (قطـاع ----).....					مـدة اشتراك سـابقة (قطـاع ----).....				
المهنـة.....					التاريـخ	الأجر		التاريـخ	الأجر		رقـم المنشـأة				رقـم المنشـأة				
رقـم المنشـأة						ق	جـ		ق	جـ	اسـم المنشـأة.....				اسـم المنشـأة.....				
اسم المنشـأة.....											تاريخ طلب وبدء الاشتراك				تاريخ طلب وبدء الاشتراك				
تاريخ طلب وبدء الاشتراك											سبب الإنهـاء	مسمى.....			سبب الإنهـاء	مسمى.....			
نوع المـدة / كود الاشتراك											تاريخ نهـاية الاشتراك				تاريخ نهـاية الاشتراك				
مسمى المـدة.....											نوع المـدة / كود الاشتراك				نوع المـدة / كود الاشتراك				
تـدرج أجر أو دخل اشتراك المدة الحالية:											مسمى المـدة.....				مسمى المـدة.....				

الأجر		التاريـخ	الأجر		التاريـخ
ق	جـ		ق	جـ	

الأجر الأساسي		التاريـخ	الأجر المتغير		التاريـخ	الأجر الأساسي		التاريـخ	الأجر المتغير		التاريـخ
ق	جـ		ق	جـ		ق	جـ		ق	جـ	

الاستقطاعات

م	نوع الاستقطاع		الأقساط المؤجلة		القسط الشهري		الرصيد الحالي		تاريخ بداية القسط	طريقة الحساب	
	مسمى	كود	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش		مسمى	كود

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

رقم المنشأة

اسم المنشأة.....

تاريخ طلب وبدء الاشتراك

سبب الإنهاء ☐ مسمى.....

تاريخ نهاية الاشتراك

نوع المدة / كود الاشتراك

مسمى المدة.....

رقم المنشأة

اسم المنشأة.....

تاريخ طلب وبدء الاشتراك

سبب الإنهاء ☐ مسمى.....

تاريخ نهاية الاشتراك

نوع المدة / كود الاشتراك

مسمى المدة.....

رقم المنشأة

اسم المنشأة.....

تاريخ طلب وبدء الاشتراك

سبب الإنهاء ☐ مسمى.....

تاريخ نهاية الاشتراك

نوع المدة / كود الاشتراك

مسمى المدة.....

رقم المنشأة

اسم المنشأة.....

تاريخ طلب وبدء الاشتراك

سبب الإنهاء ☐ مسمى.....

تاريخ نهاية الاشتراك

نوع المدة / كود الاشتراك

مسمى المدة.....

الأجر الأساسي		التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ
ق	جـ		ق	جـ	

الأجر الأساسي		التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ
ق	جـ		ق	جـ	

الأجر الأساسي		التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ
ق	جـ		ق	جـ	

الأجر الأساسي		التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ
ق	جـ		ق	جـ	

٣- المدد المتداخلة

نوع المدة	كود المدة	قطاع		الأجر		تاريخ بداية المدة			تاريخ نهاية المدة		
		كود	مسمى	ق	جـ	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة

٤- المدد النوعية (مقاولات – نقل بري – صيد)

تاريخ بداية المدة			فئة الأجر		درجة الترخيص المهارة		تاريخ نهاية المدة			سبب الإنهاء	
يوم	شهر	سنة	ق	جـ	كود	مسمى	يوم	شهر	سنة	كود	مسمى

مدد نوعية (عاملين بالخارج)

تاريخ طلب الاشتراك			تاريخ بدء الاشتراك			فئة بدء الاشتراك		تاريخ نهاية الاشتراك			كود نوع المدة	كود سبب الإنهاء
يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	ق	جـ	يوم	شهر	سنة		

٥- المدد المشتراة

نوع المدة	مسمى المدة	تاريخ بداية المدة			تاريخ نهاية المدة			تاريخ تقديم الطلب			عدد السنوات	طريقة السداد	التكلفة		قيمة القسط		العنوان					
		يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة			ق	جـ	ق	جـ	المحافظة		القسم / المركز		الشياخة/القرية		اسم الشارع
																	كود	مسمى	كود	مسمى	كود	مسمى	

البيان	معد النموذج	مراجع النموذج	مدير شئون العاملين أو المدير المسئول بالمنشأة	خاتم شعار الجمهورية أو خاتم المنشأة	تمت المطابقة مع ملف التأمين الاجتماعي بمعرفة المفتش
الاسم					
التوقيع					
التاريخ					

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٦)

إخطار بإنتهاء اشتراك مؤمن عليه

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

رقم تأميني:... رقم التليفون:.....

رقم القومي:

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني : الاســـــم :----------

الرقم القومي :

رقم المنشأه : اسم المنشأه:.....

تاريخ انتهاء الاشتراك سـبب انتهاء الاشتراك:.....

إقـرار المؤمن عليه والمدير المسئول

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

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

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي/----------

إقـرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

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

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي

خاتـم الجهـة

توقيع المدير المسئول ---------- / / ٢٠

إقـرار المؤمن عليه في حالة وجود نزاع

أقـر أن البيانات بعاليه صحيحة وان صاحب العمل امتنع عن (توقيع / تقديم) نموذج انتهاء الخدمه

توقيع المؤمن عليه ---------- / / ٢٠

ملحوظـة: يلزم التأكد من توقيع كل من العامل أوصاحب العمل على الإقرار الموضح خلف النموذج.

توقيع مقدم الطلب ---------- / / ٢٠

(انظـر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١. يحرر هذا النموذج ويرسل للهيئة خلال أسبوع مـن تاريخ تحقق إحدى الوقائع الآتية:

أ. انتهاء خدمة المؤمن عليه.

ب. انتهاء مدة التلمذة الصناعية أو التدرج.

ج. انتهاء العمل بالمشروع الصيفي للطلبة.

٢. في حالة إخلال صاحب العمل بالإخطار في الموعد المشار إليه بالنسبة للمؤمن عليهم في البند (أ) من رقم (١) يلتزم بأداء مبلغ إضـافي يقدر بنسـبة (٢٠٪) من قيمة الاشـتراك المسـتحق عن الشـهر الأخير وذلك عن كل شـهر تأخير عن المدة من تاريخ انتهاء الخدمة حتى تاريخ إرسـال النموذج للهيئة وفي حساب مدة التأخير يحذف كسر الشهر.

إقـــــــــرار

اســـم المنشأة:---------- رقمها التأميني: | | | | | | | | | | |

العنـــــوان:----------

اســـم المؤمن عليه :---------- رقمه التأميني: | | | | | | | | | | |

٣. أقر أنا الموقع أدناه بأنني قد قمت بســحب البطاقة العلاجية من المؤمن عليه وتم تســليمها لفرع الهيئـــة المعنية بالتأمين الصحي وفي حالة ظهور ما يخالف ذلك أكون مسئولاً بالتضامن مع العامل في مواجهة الهيئـــة 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**

( ) ( )

٤. أقـــــر أنا الموقع أدناه بأن المؤمن عليه محل هذا النموذج قد رفض تسليم البطاقة العلاجيـــــة وقمت بإخطار الهيئـــة المعنية بالتأمين الصحي ببيانات المؤمن عليه لإيقاف التعامل معه.

توقيع صاحب العمل

( )

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب: .....

نموذج رقم (٨)

طلب حساب مدة ضمن مدة الاشتراك

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب :..... صفة مقدم الطلب:.....

رقم تأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون :.....

الرقم قومى : | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: | | | | | | | |

تاريخ الميلاد: | | / | | / | | | | تاريخ تقديم الطلب: | | / | | / | | | |

عدد السنوات المراد حسابها:	من			إلى		
			٢٠			٢٠

تكلفة الشراء دفعة واحدة =.....

مدة التقسيط (٥ سنوات – ١٠ سنوات – ١٥ سنوات) : .....
قيمة القسط الشهري:.....

إقرار المؤمن عليه برغبته في الإشتراك:

أقر أنا /---------- بالإشتراك عن مدة ( ) سنة فقط ---------- وذلك بتكلفة ---- -------/ بقسط ---------- شهرياً.

توقيع المؤمن عليه

.....

إقرار صاحب العمل بخصم القسط:

تم التأشير بسجلات الأجور بقيمة القسط الشهري المستحق بواقع ---------- فقط وقدره ---------- ونتعهد باستقطاعه اعتباراً من الأجر المستحق عن شهر ..... سنة ..... وتوريده للهيئة مع مسئوليتي الكاملة عن الوفاء بذلك.

توقيع صاحب العمل

.....

توقيع مدير عام شئون العاملين أو المدير المسئول	خاتم شعار الجمهورية أو توقيع صاحب العمل للقطاع العام والخاص
الاسم/ التوقيع/ التاريخ/	

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١- على مقدم الطلب التقدم لأحد مقرات مكاتب خدمة المواطنين التابعة للهيئة وإستيفاء البيانات الأساسية للطلب وتقديمه للهيئة للاستعلام وحساب التكلفة.

٢- تتولي الهيئة مراجعة الطلب وإستيفاء بيانات تكلفة حساب المدة نقداً أو بالتقسيط وتسليم النموذج للمؤمن عليه لإستيفاؤه من جهة العمل بحسب الأحوال .

٣- على صاحب العمل إعتماد النموذج (وإعتماده من المفتش المختص لمنشآت القطاع الحكومي والعام والأعمال العام) وتسليمه للهيئة في المواعيد المحددة.

٤- يلتزم صاحب العمل في حالة السداد بالتقسيط أن يقتطع من أجر المؤمن عليه قيمة القسط ويوردها مع الإشتراكات الشهرية للهيئة.

٥- يشترط لحساب المدة توافر الشروط الآتية:

أ- أن تكون المدة تالية لسن بداية الخضوع لأحكام القانون.

ب- أن تكون سنوات كاملة.

ج- أن تكون سابقة على مدة الاشتراك الأخيرة وغير خاضعة لأحكام القانون.

٦- تقدر تكلفه حساب هذه المدة وفقاً للجدول رقم (٣) المرفق بالقانون وتؤدى إما دفعة واحدة خلال سنة من تاريخ طلب حسابها أو الإشتراك عنها بما لا يجاوز تاريخ إنتهاء الخدمة، أو أدائها بالتقسيط وفقاً للجدول رقم (٤) المرافق للقانون وفي حساب السن تعتبر كسور السنة سنة كاملة.

٧- في جميع الأحوال لا يجوز لأي سبب من الأسباب العدول عن طلب حساب المدة.

٨- يجوز للمؤمن عليه أن يطلب في أى وقت طلب أداء القيمة الحالية للأقساط المتبقية، وتحسب القيمة الحالية وفقاً للجدول الذي يصدر به قرار من رئيس الهيئة ويوقف تحصيل الأقساط اعتباراً من أول الشهر التالى لتاريخ أداء المبلغ المشار إليه.

٩- يعتبر توقيع المؤمن عليه على النموذج إقرارًا منه بالرغبة في الإشتراك وفقًا للبيانات الواردة به.

١٠- يعتبر توقيع صاحب العمل على هذا النموذج إقرارًا منه بخصم القسط ومتابعة السداد وفقًا لما ورد بالنموذج، مع الالتزام بكافة أحكام القانون في ذلك.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٢١)

طلب الاشتراك في نظام المعاش الإضافي

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب :.....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون:.....

الرقم القومي : | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

العامل لدى الغير

جهة العمل: ..... رقم المنشأة: | | | | | | | | |

اسم المؤمن عليه: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

الأجر الشامل: .....

أقر أنا ..... بأنني أرغب في الاشتراك في نظام المعاش الإضافي اعتبارا من تاريخ تقديم الطلب لمكتب الهيئه .

تحريرًا في: / / ٢٠ **توقيع المؤمن عليه**: .....

اعتماد صاحب العمل

نقر نحن ..... بأن المؤمن عليه .....
قد تقدم بهذا الإقرار للاشتراك في نظام المعاش الإضافي وأن الأجر الموضح بالطلب صحيح وفى حالة تغيير الأجر وإنخفض عن الحد الأقصى لأجر الإشتراك سيتم إبلاغ الهيئة بذلك، كما نتعهد باستقطاعه اعتباراً من الأجر المستحق عن شهر ..... سنة ..... وتوريده للهيئة مع مسئوليتنا الكاملة عن الوفاء بذلك.

الخاتم **المسئول المختص**

تحريرًا في: / / ٢٠

أصحاب الأعمال والعاملين المصريين بالخارج

أقر أنا ..... (صاحب العمل /عامل مصرى بالخارج) رقم تأميني ..... بأنني أرغب في الاشتراك في نظام المعاش الإضافي اعتبارا من تاريخ تقديم الطلب لمكتب الهيئه بقيمة ---------- جنيهاً شهرياً.
كما أقر بموافقتى على الاشتراك على أعلى فئة دخل اشتراك سنوياً لاستمرار الاشتراك في المعاش الإضافي.

تحريرًا في: / / ٢٠ **توقيع المؤمن عليه**: .....

رقم التليفون : .....

(أنظر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــــادات

يشترط فيمن يتقدم للاشتراك بالمعاش الاضافي الشروط الآتية:

أولاً: المؤمن عليه من فئات العاملين لدى الغير:

١- أن يتجاوز أجر المؤمن عليه الحد الأقصى لأجر الاشتراك التأميني.

٢- تقديم المؤمن عليه طلب الانتفاع بهذا النظام قبل بلوغه سن الشيخوخة.

٣- ألا يكون للهيئة أي مبالغ مستحقة على المؤمن عليه وواجبة الأداء في تاريخ تقديم الطلب.

ثانيًا: المؤمن عليه من فئات أصحاب الأعمال والعاملين المصريين بالخارج:

١- أن يكون المؤمن عليه مشتركًا عن أعلى فئة دخل اشتراك بالجدول رقم (١).

٢- تقديم المؤمن عليه طلب الانتفاع بهذا النظام قبل بلوغه سن الشيخوخة.

٣- ألا يكون للهيئة أي مبالغ مستحقة على المؤمن عليه وواجبة الأداء في تاريخ تقديم الطلب.

- **يوقف انتفاع المؤمن عليه بنظام المعاش الاضافي إذا انتفى أي شرط من شروط الانتفاع المشار إليها.**
- **لا يجوز العدول عن الرغبة في الاشتراك بنظام المعاش الاضافي.**

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

طلـــب

اشتراك مـــؤمـــن عليـــه من أصحاب الأجور الحكمية طبقاً للقانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩

١ عامل (مقاولات – شحن وتفريغ – محاجر – ملاحات) ☐ ٢ عامل نقل بري ☐

٣ عامل صيد ☐

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب.....

رقم تأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون:.....

الرقم القومي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه:..... الرقم التأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

الرقـم القومـــي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ الجنسية:.....

المهنة:..... تاريخ بـــدء الاشتـــراك: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

عامل مقاولات/ تباع:

مستوى المهارة:..... المهنة :

تاريخ اصدار شهاده قياس المهارة : / / ٢ تاريخ الانتهاء: / / ٢

عامل نقل بري:

درجة الرخصة:..... رقم الرخصة:.....

تاريخ إصدارها: / / ٢ تاريخ انتهاء الترخيص: / / ٢

عامل صيد:

رقم بطاقة الصيد:..... تاريخ الإصدار: / / ٢ تاريخ الانتهاء: / / ٢

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ نسبة العجـز:.....٪

استيفاء الكشف الطبي الابتدائى : نعم ☐ لا ☐

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقـــار رقـم :..... شارع :..... قرية :.....

قسم / مركز:..... محافظة :.....

التوقيع

توقيع المؤمن عليه:..... **رقم التليفون**:.....

تحريرًا: / / ٢

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

(أنظر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١. يتم إرفاق صورة من شهادة قياس المهارة الصادرة عن مكتب القوى العاملة لعامل المقاولات/التباع.

٢. في حالة الترخيص لأول مرة، يتم إرفاق خطاب إدارة المرور المختصة.

٣. بالنسبة لعامل الصيد يتم إرفاق الخطاب الصادرة من مكاتب المصايد التابعة للهيئة العامة لتنمية الثروة السمكية وتقرير طبي صادر من الجهة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي يفيد مدى لياقته الطبية لممارسة المهنة .

٤. التوقيع على هذه الاستمارة بما يفيد الاطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة بها ولا يجوز لمن وقَّع عليها أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.

٥. أقر أنا ..... الموقِّع على هذا بالالتزام الهيئة 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 عـــدم قيامي بذلك فـــإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي غير ملتزمة بعرضه على اللجنة الطبية لإثبات عجزه وليس عليها أدنـى التزام قانونـــي بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

( )

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٤٦)

طلب بيان عن حالة تأمينية/بيان معاش

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب :..... صفة مقدم الطلب :.....

الرقم التأميني:..... رقم التليفون:.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

أسم المؤمن عليه/ صاحب المعاش / القائم بالصرف: .....

الرقم التأميني:..... رقم التليفون:.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

أرجو التكرم بالموافقة باستخراج :

١- بيان عن حالتي التأمينية ☐

٢- بيان معاش ☐

٣- كشف حساب أفراد ☐

لتقديمه إلى/ .... وقد تم سداد الرسوم أو خصمها من رصيد المدفوعات الفورية لدى الهيئة .

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام ،،،

تحريرًا في : / / ٢٠ **مقدمـــــه لسيادتكم**

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٧٢)

رقم المنشأة: | | | | | | | | |

اسم المنشأة: .....

طلب تعديل فئة دخل الاشتراك لأصحاب الاعمال – العاملين المصريين بالخارج

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

البيانات المراد تعديلها

برجاء التكرم بتعديل فئة دخل الاشتراك للفئة: –

(فئة أعلي ☐ –فئة أقل ☐ –بداية الاشتراك☐–الاشتراك بالتتابع ☐)

تاريخ بدء الاشتراك: | | / | | / | | | | |

تاريخ الكشف الطبي: | | / | | / | | | | | نتيجة الكشف الطبي: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريراً في : / / ٢٠

توقيع المؤمن عليه

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٧٥)

طلب تعديل بيانات تغطية للمؤمن عليه

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب :..... صفة مقدم الطلب:.....

رقم تأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون:.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن علية

الرقم التأمينى: | | | | | | | | | | الاسم:.....

رقم المنشأة: | | | | | | | | | | اسم المنشأة:.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | نوع القطاع :.....

البيانات المراد تعديلها

البيان	التعديل	قبل التعديل	بعد التعديل	تاريخ التعديل
تغيير نوع المدة				
تغير مستوي المهارة				
تعديل درجة رخصة				
تعديل مهنة				
تعديل تاريخ بداية الاشتراك				
تعديل تاريخ نهاية الاشتراك				
انتقال من فرع لاخر بالمنشأة				
تعديل سبب الانهاء				

اقر ان البيانات المعدله تمت وفقا لاحكام القانون وبما يتفق مع التعديل الذى طرا على موقف المؤمن عليه.

تحريراً في / / ٢٠

توقيع صاحب العمل / المدير المسئول / المؤمن عليه

الاسم:.....

التوقيع :.....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٧٥ مكرر)

طلب تعديل بيانات تغطية للمؤمن عليه

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب :..... صفة مقدم الطلب:.....

رقم تأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون:.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

☐ إضافة أجر ☐ تعديل أجر

الاسم:..... القطاع: .....

الرقم التأمينى: | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

رقم المنشأة: | | | | | | | | | | اسم المنشأة:.....

البيانات المراد تعديلها

تاريخ بداية الأجر	تاريخ نهاية الأجر	الأجر التأميني	الأجر الشامل

اقر ان البيانات المعدله تمت وفقا لاحكام القانون وبما يتفق مع التعديل الذى طرا على موقف المؤمن عليه.

تحريراً في / / ٢٠ **توقيع صاحب العمل / المدير المسئول**

الاسم:.....

التوقيع :.....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب تجديد رخصة قيادة سيارة / بطاقة مقاولات / بطاقة صيد

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه: ..... المهنة: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

بيانات تجديد رخصة مهنية

رقم الرخصة: ..... نوع الرخصة: .....

درجة الرخصة: .....

بداية الرخصة: | | / | | / | | نهاية الرخصة: | | / | | / | |

بيانات بطاقة المقاولات /التباع

درجة المهارة: .....

تاريخ بدء البطاقة: | | / | | / | | تاريخ انتهاء البطاقة: | | / | | / | |

بيانات بطاقة الصيد

رقم بطاقة الصيد: .....

تاريخ بداية البطاقة: ..... تاريخ نهاية البطاقة: .....

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

نموذج رقم ( )

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

طلب استخراج شهادة الأجور الحكمية

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

برجاء الموافقة على استخراج الشهادة التأمينية:

نوع الشهادة المطلوب استخراجها:

- ☐ طبعة تأمينية لعامل نقل برئ
- ☐ طبعة تأمينية لعامل مقاولات
- ☐ طبعة تأمينية لعامل صيد

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الأجازات

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (١٩)

رقم المنشأة : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

اسم المنشأة :.....

ملحوظة: لا يجوز العدول عن الرغبة مستقبلاً

إقـــــــرار

بالرغبة في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب.....

رقم تأميني: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] رقم التليفون:.....

رقـــم القومي: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

الإقرار

أقـر أنا ---------- العامل بـ ----------

بأنني أرغب في الاشتراك عن مدة الأجازة الخاصة لغير العمل والتي حصلت عليها اعتبارًا من / / .

كما أرغب في سداد تكلفة المدة (دفعة واحدة / بالتقسيط) ..... (يستوفى هذا البيان فى حالة إبداء الرغبة بعد استلام العمل).

وهـــذا إقرار مني بذلك ،،،

تحريرًا في: / / ٢٠ **مقـدمـــه**

الاســـــم:----------

التوقيـــــع:----------

التاريـــــــخ:----------

العنـــــــوان: ----------

اعتماد صاحب العمل

تقـر ---------- بأن المؤمن عليه ----------

العامل طرفنا قد تقدم بهذا الإقرار برغبته في الاشـــتراك عن مدة الأجازة الخاصـــة لغير العمل والتي حصـــل عليها اعتبارًا من / / وأن توقيعه على هذا الإقرار صحيح.

تحريرًا في : / / ٢٠ **مدير الموارد البشرية**

.....

ملاحظـــة: تشمل الرغبة سنوات تجديد الإجازة.

خاتم صاحب العمل

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (١٩ مكرر)

رقم المنشأة : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

اسم المنشأة :.....

ملحوظة: لا يجوز العدول عن الرغبة مستقبلاً

إقـــــــرار

بالرغبة في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل للمستحقين

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب.....

رقم تأميني:☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون:.....

رقـــم القومي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

الإقرار

نقـر نحن المستحقين عن / ---------- المتوفى بتاريخ / / ،
وعنهم الســيد / ---------- وصــفتي / ---------- بالرغبة في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل والتي حصل عليها خلال المدة من / / حتى / / .
ونرغب في سداد تكلفة المدة (دفعة واحدة).

وهـــذا إقرار منا بذلك ،،،

تحريرًا في: / / ٢٠ **مقـدمـه**

الاســـــم:----------
التوقيـــع:----------
التاريـــــخ:----------
العنـــــوان:----------

ملاحظـــة: تشمل الرغبة سنوات تجديد الإجازة.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٧٣)

طلب تقسيط مبالغ مستحقة

١ مؤمن عليه ☐ ٢ صاحب عمل ☐

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

الرقم القومي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المؤمن عليه

الاسم: .....

الرقم التأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون: .....

الرقم القومي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المنشأة

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: ☐☐☐☐☐☐☐☐

رقم التسجيل الضريبي: ☐☐☐/☐☐☐/☐☐☐

بيانات التقسيط

برجاء الموافقة على التقسيط المبالغ المستحقة على مدة ..... شهر.

وقد تم سداد ١٥٪ مقدم تقسيط من قيمة اجمالي المديونية بمبلغ ..... بتاريخ / /

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠ **توقيع مقدم الطلب**

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

رقم المنشأة: | | | | | | | | |

اسم المنشأة: .....

طلب تسجيل / تعديل / انهاء بيانات إجازة خاصة للعمل بالخارج / إعارة خارجية

١	تسجيل بيانات الإجازة		٢	تعديل بيانات الإجازة		٣	تجديد الإجازة		٤	انهاء الإجازة	

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

الاسم: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الاجازة / التعديل

مميز الإعارة: (بداية☐ –نهاية☐ – تعديل☐ – تجديد☐) نوع المدة الجديدة: .....

تاريخ البداية الجديدة: | | | | | | | | |

تاريخ نهاية الإجازة : | | | | | | | | |

رقم القرار: ..... تاريخ القرار: | | | | | | | | |

بيانات الأجور

تاريخ بداية الأجر	نوع الأجر		ملاحظات
	أجر تأميني	أجر شامل	

الاعتمادات

توقيع المؤمن عليه	توقيع مدير إدارة الموارد البشرية / المدير المسئول	اعتماد المفتش	خاتم شعار الجمهورية / المنشأة
الاسم:	الاسم:	الاسم:	
التوقيع:	التوقيع:	التوقيع:	
التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:	

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

أولاً: الأجر الشامل:

الأجر الشامل بافتراض ممارسة العمل، مع مراعاة تحديث بيان الأجر بما يطرأ عليه من زيادات خلال سنة الإعارة أو الإجازة.

ثانيا: نوع العملة التي تسدد بها الاشتراكات والأقساط ووسائل الدفع:

١- تسدد الاشتراكات للهيئة بالعملة الأجنبية المعلن لها سعرًا بالبنك المركزي المصري وبإحدى وسائل الدفع الآتية:

أ- الإيداع في البنك (حساب الهيئة).

ب- تحويلات المصرفية أو الإلكترونية.

ج- الكروت الائتمانية

٢- تسدد الأقساط بالعملة المحلية.

ثالثاً: ميعاد وطريقة الأداء والمبالغ المترتبة على التأخير:

تسدد الاشتراكات في المواعيد الدورية المحددة لأداء الاشتراكات عن الأجر، وفي حالة التأخير يستحق مبلغ إضافي وفقاً للنسبة المحددة بالمادة (١٢٩) من قانون التأمين الاجتماعي.

رابعاً: حالات الإعفاء من المبالغ الإضافية:

يتم الإعفاء من المبلغ الإضافي إذا تم السداد خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ وجوب الأداء.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

نموذج رقم ( )

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

رقم المنشأة: | | | | | | | | |

أسم المنشأة: .....

طلب تسجيل / تعديل/ انهاء بيانات إجازة خاصة لغير العمل

١	تسجيل بيانات الإجازة		٢	تعديل بيانات الإجازة		٣	تجديد الإجازة		٤	انهاء الإجازة	

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

الاسم: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الاجازة / التعديل

مميز الإجازة: (بداية☐ –نهاية☐ – تعديل☐ – تجديد☐) نوع الاجازة/ الإجازة الجديدة: .....

تاريخ بداية الاجازة: | | | | | | | | |

تاريخ نهاية الاجازة: | | | | | | | | |

رقم القرار: ..... تاريخ القرار: | | | | | | | | |

بيانات الأجور

تاريخ بداية الأجر	نوع الأجر		ملاحظات
	أجر تأميني	أجر شامل	

الاعتمادات

توقيع المؤمن عليه	توقيع مدير إدارة الموارد البشرية / المدير المسئول	اعتماد المفتش	خاتم شعار الجمهورية / المنشأة
الاسم:	الاسم:	الاسم:	
التوقيع:	التوقيع:	التوقيع:	
التاريخ:	التاريخ:	التاريخ:	

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

رقم المنشأة: | | | | | | | | |

أسم المنشأة: .....

طلب تقسيط إجازة خاصة للعمل بالخارج / إعارة خارجية

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

الاسم: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الاجازة

تاريخ بداية الاجازة: | | | | | | | | |

تاريخ نهاية الاجازة: | | | | | | | | |

تاريخ طلب التقسيط: | | | | | | | | |

إقرار جهة العمل

تقـر ---------- بأن المؤمن عليه ----------

العامل طرفنا قد تقدم بهذا الطلب برغبته في تقسيط الاشتراكات المستحقة عن مدة الإجازة الخاصة والتي حصل عليها اعتبارًا من / / وأن توقيعه على هذا الإقرار صحيح، كما نلتزم باستقطاع قيمة القسط التي تقوم الهيئة بتحديده اعتبارا من مرتب شهر / ٢٠.

وهذا إقرار منا بذلك؛

الاعتمادات

توقيع المؤمن عليه	توقيع مدير إدارة الموارد البشرية / المدير المسئول	خاتم شعار الجمهورية / المنشأة
الاسم:	الاسم:	
التوقيع:	التوقيع:	
التاريخ:	التاريخ:	

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

المقاولات

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٤٥)

إخطـــــار عن عملية مقاولـــــة

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | رقم التليفون :.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المقاول

اسم المقاول :.....

الرقم التأميني للمقاول | | | | | | | | | | | | رقم التليفون:.....

الرقم القومي للمقاول: | | | | | | | | | | | | | | |

رقم منشأة المقاول:..... اسم المنشأة :.....

نوع المقاولة من الباطن: (☐ فرد – ☐ منشأة)

الرقم التأميني للمقاول من الباطن: | | | | | | | | | | |

تاريخ بداية العملية المسندة:..... تاريخ مستند الإسناد:.....

بيانات جهة ومستند الإسناد

رقم منشأة جهة الإسناد:..... اسم جهة الإسناد:.....

اسم العملية :..... نوع العملية: (☐ رئيسية – ☐ من الباطن)

نوع المستند:..... رقم المستند:.....

تاريخ المستند:..... تاريخ البدء:...../...../..... تاريخ الانتهاء: ..../...../.....

بنود عملية المقاولة :.....

.....

القيمة المبدئية (الكلية) للعملية:.....

عنوان العملية :.....

.....

.....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

رقم التليفون: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٦٦)

طلب اعتراض على النسبة المقدرة من عملية مقاولة

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات العرض على اللجنة الفنية بفحص اعمال المقاولات للتظلم من النسبة المقدرة

لعملية المقاولة باسم ..... نوع الطلب: (اعفاء ☐ -تخفيض ☐)

رقم العملية: ..... نوع العملية: (رئيسية ☐ -من الباطن ☐)

بيانات جهة الاسناد

رقم منشأة جهة الاسناد: ..... اسم جهة الإسناد: .....

أسباب تقديم الطلب: .....

.....

.....

.....

.....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لطلب الاعتراض

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٦٧)

طلب اعتراض على قرار اللجنة الفنية للمقاولات (فحص المنازعات)

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التليفون: .....

بيانات الطلب

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات العرض على اللجنة العليا للمقاولات (فحص المنازعات) للتظلم من النسبة المقدرة بمعرفة اللجنة الفنية للمقاولات

لعملية المقاولة باسم: ..... نوع الطلب: (اعفاء ☐ -تخفيض☐)

رقم العملية: ..... نوع العملية: (رئيسية☐ -من الباطن☐)

بيانات جهة الاسناد

رقم منشأة جهة الاسناد: ..... اسم جهة الإسناد: .....

أسباب تقديم الطلب: .....

.....

.....

.....

.....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لطلب الاعتراض

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب تسجيل مستخلص

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

نوع المقاول: (افراد☐ -منشآت☐)

رقم التأميني: | | | | | | | | | | | الاسم: .....

رقم العملية: ..... نوع المستخلص: (جزئي☐ -كلي☐)

تاريخ استلام المقاول: | | / | | / | | | |

فترة المستخلص من: | | / | | / | | | | إلي: | | / | | / | | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

المزايا

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٢٠)

طلـــب صـــرف مستحقات تأمينية

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

الرقم التأميني: رقم التليفون:.....

الرقم القومي:

بيانات المؤمن عليه

جهة العمل الأخيرة: ..... رقم المنشأة:

اسم المؤمن عليه: ..... الرقم التأميني:

الرقم القومي:

تاريخ آخر يوم بالخدمة: سبب إنهاء الخدمة: .....

تاريخ الالتحاق بالخدمة: رقم التليفون : .....

سبب طلب الصرف: ..... جهة صرف المعاش: .....

بيان بمدد الاشتراك السابقة على المدة الأخيرة:

جهة العمل	رقم المنشأة	تاريخ البداية	تاريخ النهاية	الفئة المعامل بها

بيان بالمعاشات الأخرى التي يحصل عليها المؤمن عليه:

القيمة		رقم المعاش الآخر	صلة القرابة	الجهة المستحق منها المعاش الآخر
قرش	جنيه			

أقر أنا ---------- بصـحة البيانات الموضـحة بعاليه كما أقر بعدم التحاقي بأي عمل أو مزاولة مهنة بعد تاريخ أخر يوم بالخدمة الموضح بهذا الطلب.

تحريرًا في: / / ٢٠ **توقيع المؤمن عليه:** .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــــــــادات

١- يقدم هذا الطلب في الحالات الآتية:

أ. بلوغ السن أو العجز، أو المعاش المبكر بشرط ألا يكون المؤمن عليه خاضع لتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة في تاريخ تقديم طلب صرف المعاش المبكر.

ب. في حالة هجرة المؤمن عليه المصري، يرفق بطلب الصرف تأشيرة مصلحة وثائق السفر بالموافقة على الهجرة.

ج. في حالة مغادرة الأجنبي للبلاد نهائيا يرفق بطلب الصرف تأشيرة المغادرة النهائية أو تأشيرة الرحيل أو تأشيرة مهلة السفر الصادرة من مصلحة وثائق السفر أو ما يفيد انتهاء مدة الإقامة المؤقتة دون تجديدها وذلك بشهادة من مصلحة وثائق السفر .

د. في حالة ا شتغال المؤمن عليه الأجنبي بالخارج بصفة دائمة يرفق بطلب الصرف صورة عقد العمل غير محدد المدة في الخارج لحساب نفسه على أن تكون هذه المستندات محررة باللغة العربية أو مترجمة ترجمة رسمية إلى هذه اللغة ويصدق عليها من السفارة أو القنصلية المصرية في الخارج وتعتمد من وزارة الخارجية.

ه. في حالة إلتحاق المؤمن عليه الأجنبي بالبعثة الدبلوما سية بسفارة أو قنصلية دولته في جمهورية مصر العربية يرفق بطلب الصرف شهادة تفيد ذلك من وزارة الخارجية المصرية.

و. في حالة الحكم نهائيا على المؤمن عليه بالسجن للمدة الباقية لبلوغه سن الشيخوخة يرفق بطلب الصرف شهادة من مصلحة السجون تفيد بيان مدة السجن مع توكيل من المؤمن عليه معتمد من مأمور السجن الموجود به بتحديد الشخص الذي يصرف إليه مبلغ التعويض، كما يجوز له أن يتقدم بطلب معتمد على النحو السابق لحجز مستحقاته لدى الهيئة لحين إنتهاء مدة السجن.

ز. في حالة إذا ما نشأ لدى المؤمن عليه خلال مدة سجنه، عجز مستديم يمنعه من مزاولة العمل يرفق بطلب الصرف شهادة طبية صادرة من السلطة المختصة بمصلحة السجون تفيد عجزه المستديم الذي يمنعه من مزاولة العمل على أن تحال هذه الشهادة إلى الهيئة المعنية بالتأمين الصحي لإعتمادها وتحرير شهادات إثبات العجز قبل الصرف، كما يرفق بطلب الصرف التوكيل المشار إليه بالبند السابق.

ح. في حالة انتظام المؤمن عليه المسيحي في سلك الرهبنة، يرفق بطلب الصرف شهادة من الجهة الدينية المختصة على أن تعتمد من الجهة الإدارية المختصة.

٢- يرفق بالطلب بيان معتمد من الجهة المستحق منها المعاش أو المعاشات الأخرى إن وجدت.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٢٢)

رقم المنشأة :

اسم المنشأة :.....

إخطار وقوع إصابة عمل

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: رقم التليفون: .....

الرقم القومي:

بيانات المؤمن عليه

اسم العامل المصاب: .....

الرقم التأميني: رقم التليفون: .....

الرقم القومي:

تاريخ الإصابة : وقت الإصابة:

		ص	م

تاريخ الالتحاق بالعمل: مواعيد العمل:

	إلي		من

الراحة الأسبوعية: أجر يوم الراحة

يستحق	لا يستحق

مكان وقوع الإصابة :.....

رقم محضر الشرطة (إن وجد):..... جهة العلاج المنقول إليها المصاب:.....

اسم الشخص الذي نقل المصاب:..... صفته :.....

موجز عن الإصابة وظروفها:.....

.....

أجر الاشتراك للمصاب:..... طريقة أداء الأجر:.....

بيانات أخري :.....

إقـــــــــــرار

أقـــــر بصحة البيانات الواردة في هذا الإخطار وفي حالة عدم ثبوت صحتها أو ثبت أن الحالة ليست إصابة عمل أكون مسئولا عن رد تكاليف العلاج للجهة الطبية المختصة طبقا للأسعار المعمول بها لدينا.

تحريرًا في: / / ٢٠ **توقيع صاحب العمل:** .....

الرقم القومي:

العنوان: .....

رقم التليفون: .....

توقيع مقدم الإخطار: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١- يستوفى هذا النموذج لعمال اليومية ويذكر اســم الراحة (الجمعة – الأحـد – إلخ).

٢- يحرر هذا النموذج من أصل وثلاث صور، الأصل يرسل إلى الهيئة، وصورة لقسم الشرطة وصورة لجهة العلاج وصورة تحفظ في ملف المؤمن عليه.

٣- في حالة امتناع صاحب العمل عن تقديم نموذج إخطار الإصابة، يجوز للمؤمن عليه المصاب أو ذويه، تقديم نموذج الإخطار للهيئة.

٤- تحدد المستندات التي ترفق بالنموذج وفقًا لما يلي:

أولاً: الإصابة نتيجة حادث:

أ- محضر الشرطة للحادث – أو صورة معتمدة ومختومة بخاتم شعار الجمهورية- وذلك بالنسبة للعمال المنصوص عليهم بالبندين (١, ٢) من أولا من المادة (٢) من قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات وذلك عن كل حادث يقع اثناء العمل أو بسبب العمل أو أثناء الذهاب أو العودة من العمل، ويكتفى بمحضر تحقيق إداري يجرى بمعرفة السلطة المختصة لدى صاحب العمل في حالة وقوع الحادث داخل دائرة العمل وذلك بالنســبة للمؤمن عليهم العاملين بالجهاز الإداري للدولة والقطاع العام وقطاع الأعمال العام.

ب- إخطار عن وقوع الإصابة معتمد ومختوم موضحاً به ظروف الحادث.

ج- إقرار من الوحدة الإدارية بالطريق المعتاد للمصاب ومحل إقامته في حالة إصابة العمل بالطريق أثناء الذهاب للعمل أو العودة منه.

د- صورة معتمدة من قرار التكليف للمصاب في حالة إصابته أثناء توجهه إلى مأمورية مصلحية خارج دائرة العمل.

ثانياً: المستندات المطلوبة بالنسبة لأمراض المهنة:

أ- تقرير إداري معتمد من مدير شــئون العاملين ومختوم يوضــح طبيعة عمل المؤمن عليه ومدى تعرضــه للإصــابة بأحد الأمراض المهنية الموضحة بالجدول رقم (١) بحكم طبيعة عمله.

ب- قرار لجنة الأمراض المهنية بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي يفيد ارتباط المرض الموضح بالجدول بطبيعة عملة الذي يؤديه.

ج- شهادة معتمدة ومختومة من اللجان الطبية بالتأمين الصحي توضح نسبة العجز وتاريخ ثبوته.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٢٣)

إخطار عن وقوع إصابة عمل خارج البلاد

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

رقم تأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

نحيطكم علمًا بأن السيد/ ..... ورقمة التأميني: | | | | | | | | | | |

والعامل لدى ..... سبق أن أُلحق للعمل بالخارج بدولة .....

بسبب ..... (اجازة / مأمورية مصلحية)، وقد حدث له حادث بالخارج (أثناء العمل / بسبب العمل – أثناء الذهاب للعمل أو الإياب منه)، بتاريخ / / ٢٠.

وحيث أن ذلك يعتبر إصابة عمل، برجاء اتخاذ الإجراءات اللازمة لصرف الحقوق التأمينية المستحقة.

تحريراً في: / /

توقيع مقدم الطلب

.....

مرفقات:

- محضـــر تحقيق عن الحادث (على أن يكون محررًا بمعرفة جهة رسمية باللغة العربية أو مترجمًا ترجمة رسمية إلى هذه اللغة، ومصدقًا عليه من السفارة أو القنصلية المصرية ومعتمدًا من وزارة الخارجية).

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٢٤)

رقم المنشأة :

اسم المنشأة :.....

إخطار وقوع إصابة عمل ناتجة عن الإجهاد

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: رقم التليفون: .....

الرقم القومي:

بيانات المؤمن عليه

اسم العامل المصاب: .....

الرقم التأميني: رقم التليفون: .....

الرقم القومي:

تاريخ الإصابة : / / وقت الإصابة:

ص		م	
من		إلي	

السن وقت الإصابة:..... مواعيد العمل:

تاريخ الالتحاق بالخدمة: / / المهنة :.....

مكان وقوع الإصابة:..... محل الإقامة :.....

طبيعة العمل الذي أدي للإجهاد أو الإرهاق:.....

.....

.....

.....

بيانات أخري تشمل الأمراض السابقة :.....

.....

إقـــــــرار

أقــر بصحة البيانات الواردة في هذا الإخطار وفي حالة عدم ثبوت صحتها أو ثبت أن الحالة ليست إصابة عمل أكون مسئولا عن رد تكاليف العلاج للجهة الطبية المختصة طبقا للأسعار المعمول بها لدينا.

تحريراً في: / / ٢٠ **خاتم الجهة** **توقيع صاحب العمل**

.....

(أنظر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١. يرفق تقرير من صاحب العمل يبين ما يلي:

أ. بيان طبيعة عمل المصاب واختصاصاته وتاريخ بدء مزاولته ومستوى أدائه.

ب. بيان ما كلف به من عمل إضـــافي وطبيعته والمدة المحددة لأدائه وما تم إنجازه فيها وعما إذا كانت تؤدى في ساعات العمل الأصلية أو الإضافية وتدعم ذلك بالمستندات.

٢. يرفق الملف الطبي للمصاب من واقع ملف الخدمة وأجازاته المرضية.

٣. ترفق الأبحاث والتقارير الطبية عن الحالة المرضية قبل الإصابة مباشرة وفي الحالات التي تقوم بها الهيئة المعنية بالتأمين الصحي بالعلاج تقدم البيانات من الهيئة المعنية بالتأمين الصحي.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٢٥)

طلب عرض على لجنة التحكيم الطبي

☐ مرضى ☐ اصابي ☐ عجز عن الكسب

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

رقم تأميني: | | | | | | | | | |

رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المستفيد

اسم صاحب المعاش: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | |

اسم المستفيد: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

أرجو العرض على لجنة التحكيم الطبي لإعادة النظر في قرار اللجنة الطبية الصادر في / / ٢٠ وقد تم سداد رسم التحكيم الطبي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

تحريرًا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاســـم: .....

التـوقيــع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٢٦)

رقم المنشأة : | | | | | | | | | | |

اسم المنشأة :.....

طلب صرف تعويض بطالة

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

ارجو صرف تعويض البطالة المستحق لي، وفقاً للبيانات الآتية:

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

محل الإقامة :.....

تاريخ انتهاء الخدمة: | | / | | / | | | | سبب الانتهاء:.....

تاريخ الالتحاق بالعمل: | | / | | / | | | | المهنة :.....

رقم شهادة القيد : :..... تاريخ الإصدار: | | / | | / | | | |

تحريراً في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

.....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٢٨)

رقم المنشأة: | | | | | | | | | |

اسم المنشأة: .....

طلـــــب صـــــرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين

بيانات مقدم الطلب

الاسم: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |

صفة مقدم الطلب: .....

رقم التليفون: .....

بيانات المؤمن عليه أو صاحب المعاش

الاسم: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

تاريـخ الوفـاة: / / ٢٠

عنوان المستفيدين: .....

بيانات القائم بصرف نفقات الجنازة

الاسم: .....

صله القرابة: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |

يستوفى هذا البيان في حالة وفاة صاحب المعاش وعدم وجود أرمل وأرملة وأرشد الأولاد.

الشاهد الأول: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

التوقيع: .....

الشاهد الثاني: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

تابع نموذج رقم (٢٨)

بيانات الأرمل/الأرملة

الرقم التأميني	الاسم	تاريخ الزواج	هل الزواج موثق	هل الأرملة لديها حمل مستكن	بيانات الزواج الآخر للأرمل		هل يتقاضى معاش اخر		التوقيع
					هل متزوج بأخرى	تاريخ الزواج	نعم / لا	صله القرابة	
		/ /				/ /			
		/ /				/ /			
		/ /				/ /			
		/ /				/ /			

بيانات الأبناء/الأخوة

الرقم التأميني	الاسم	اسم الوالدة	صلة القرابة للمؤمن عليه أو صاحب المعاش	هل هو طالب بالتعليم أو حاصل على مؤهل ولا يعمل	هل لديه حالة عجز مرضي تمنعه عن الكسب	هل يتقاضى معاش اخر		هل يزاول عمل أو مهنة؟ أو مقيد بنقابه مهنيه	قيمة الأجر أو الدخل	التوقيع
						نعم / لا	صله القرابة			

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

تابع نموذج رقم (٢٨)

البنات والأخوات

الرقم التأميني	الاسم	اسم الوالدة	صلة القرابة للمؤمن عليه أو صاحب المعاش	الحالة الاجتماعية يوم الوفاة	تاريخ الحالة الاجتماعية	هل تتقاضى معاش اخر		هل تزاول عمل أو مهنة؟ أو مقيدة بنقابه مهنيه	قيمة الأجر أو الدخل	التوقيع
						نعم / لا	صله القرابة			

الوالدان

الرقم التأميني	الاسم	هل الوالدة لديها حمل مستكن	هل يتقاضى معاش اخر		هل يزاول عمل أو مهنة؟ أو مقيد بنقابه مهنيه	قيمة الأجر أو الدخل	التوقيع
			نعم / لا	صله القرابة			

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

تابع نموذج رقم (٢٨)

بيان بأسماء الورثة الشرعيين

الرقم التأميني	الاسم بالكامل رباعيا	الرقم القومي	النوع	صلة القرابة	العنوان	رقم الهاتف

يعتبر المصدقان على هذا النموذج متضامنين قانونا مع المستفيدين مادياً وجنائياً في حاله الإدلاء ببيانات خاطئة تؤدي الى صرف مبالغ بدون وجه حق.

نشهد نحن الموقعين ادناه بان البيانات الموضحة بهذا النموذج صحيحة وتمثل المستفيدين عن المرحوم/ ..... يوم وفاته وأن التوقيعات الواردة بالطلب صحيحة.

الشاهد الأول: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

التوقيع: .....

وهما من العاملين بـ .....

الشاهد الثاني: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

التوقيع: .....

تحريرا في: / /

مدير الموارد البشرية .....

خاتم شعار الجمهورية

يعاقب بغرامة لا تقل عن عشرين ألف جنيه ولا تجاوز خمسين ألف جنيه، كل من حصل على أموال الهيئة بغير حق أو قام بإعطاء بيانات غير صحيحة أو امتنع عن إعطاء بيانات مما يجب الإفصاح عنها وفقًا لأحكام هذا القانون أو القرارات أو اللوائح المنفذة له مع علمه بذلك (م ١٦٦ قانون ١٤٨ لسنه ٢٠١٩)

اعتماد النموذج بمكتب الهيئة المختص (حاله عدم الاعتماد الإداري)

تم التوقيع أمامي على هذا النموذج بعد التحقق من شخصية الموقعين، وإقرارهم بصحه البيانات الواردة بالنموذج على مسئوليتهم الشخصية، دون أي مسئولية على المكتب فيما ورد بالنموذج من بيانات أو إغفال ذكر أحد أفراد أسرة صاحب المعاش.

بيان	الموظف المختص	مدير المكتب	خاتم شعار الجمهورية
الاسم:			
التوقيع:			

- **يراعى استيفاء بيانات هذا النموذج بكل دقة مع مراعاة عدم الشطب أو الكشط في البيانات والاجابة (نعم) أو (لا) على كل بند.**
- **يجوز عدم التوقيع الإداري على هذا النموذج بشرط حضور أسرة المؤمن عليه أو صاحب المعاش إلى المكتب والتوقيع أمام الموظف المختص.**

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

نموذج رقم (٢٩)

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب:.....

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

اسم صاحب المعاش: .....

طلـــب صرف الحقوق التأمينية للإخـوة والأخـــوات

بيانات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

الرقم التأمينى: رقم التليفون:.....

الرقم القومى :

بيانات الأخ / الأخت

اسم الأخ أو الأخت: ..... النوع:..... الرقم التأميني:

الرقم القومي:

أولاً: بيانات دخل الأخ أو الأخت

م	مصـــــــدر الدخـــــــــل	نعم	لا	القيمة بالجنيه (ان وجد)
١	معاشات أخرى			
٢	دخل من العمل لدى الغير			
٣	دخل من مزاولة مهنة او نشاط مستقل			
٤	دخل من ارض زراعية			
٥	دخل من عقار			
٦	دخل من ودائع بنكية			
٧	دخول أخرى تذكر :.....			

ثانياً: بيانات دخل (والد وأبناء وبنات) الأخ أو الأخت

م	الاسم	صلة القرابة	الرقم التأميني	نوع الدخل ومصدره	القيمة بالجنيه
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					

أقر بصـحة البيانات الواردة بهذا النموذج وتمثل حالتي في تاريخ وفاة العائل ولا يوجد أية دخول أخرى بخلاف المدونة بالنموذج والمبينة تفصيلاً به، وفي حالة استيفاء بيانات غير صحيحة تؤدى إلى قيامي بصرف أية مبالغ دون وجه حق أكون مسئولاً عن صرف هذه المبالغ، وهذا إقرار مني بذلك،،،

التاريخ / / ٢ **توقيع الأخ / الأخت** **توقيع الموظف المختص**

..... تم التوقيع أمامي .....

ملاحظات: يتم توقيع النموذج من الأخ أو الأخت أو متولي شئونهم في حالات القصر

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشادات

يشترط لاستحقاق الإخوة والأخوات بالمعاش توافر شروط استحقاق الابن أو البنت بالإضافة إلى الشروط الآتية:

أ. ألا يكون أى من أولاد المؤمن عليه أو صاحب المعاش سبق استحقاقه في المعاش .

ب. ألا يكون للأخ أو الأخت دخلاً من أى مصدر يعادل قيمة نصيبه في المعاش أو يزيد عليه.

ج. ألا يكون للأخ أو الأخت والد أو ابن أو بنت متوسط دخولهم جميعا من أى مصدر يعادل قيمة معاش المؤمن عليه أو صاحب المعاش أو يزيد عليه، ولا يعتبر من هذا الدخل المعاش المستحق عن الغير.

لذلك استيفائك كافه بيانات النموذج تمنعك من الوقوع تحت طائله القانون.

ترفق المستندات التالية مع النموذج:

١. المستندات المؤيدة للدخول المدونة بالنموذج وفقاً لما يلي:

أ- في حالة الحصول على معاش آخر بخلاف معاشات الهيئة أو دخل من عمل لدى الغير يراعى استيفاء المستندات المؤيدة لذلك.

ب- صافي الدخل الخاضع للضريبة إذا كان الدخل من مزاولة مهنة أو نشاط مستقل.

ج- بيان بالقيمة الإيجارية للقيراط إذا كان الدخل من أرض زراعية.

د- بيان من الضرائب العقارية إذا كان الدخل من عقار.

ه- بيان بريع الاستثمار إذا كان الدخل من ودائع لدى البنوك.

و- بيان معاش إذا كان المعاش مستحق من غير الهيئة.

٢. صور شهادات ميلاد مميكنة لأولاد الأخ أو الأخت أو صور بطاقات الرقم القومي.

يعاقب بغرامة لا تقل عن عشرين ألف جنيه ولا تجاوز خمسين ألف جنيه، كل من حصل على أموال الهيئة بغير حق أو قام بإعطاء بيانات غير صحيحة أو امتنع عن إعطاء بيانات مما يجب الإفصاح عنها وفقًا لأحكام هذا القانون أو القرارات أو اللوائح المنفذة له مع علمه بذلك
(ماده ١٦٦ قانون ١٤٨ لسنه ٢٠١٩)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٣٠)

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

اسم صاحب المعاش: .....

طلـــــب صـــــرف المعاش لحالات الاستحقاق بعد تاريخ وفاة (المؤمن عليه – صاحب المعاش)

بيانات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المستفيد

اسم المستفيد: ..... صلة القرابة: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

برجاء صرف المعاش المستحق لى عن (الوالد/ الوالدة/ الأخ/ الأخت): .....

وذلك نظرًا لتوافر حالة: ☐طلاق/ ☐ ترمل/ ☐عجز. تاريخ الحالة: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

قيمه المعاش الاخر بخلاف معاشات الهيئة: ..... مستحق عن .....

جهة الصرف: ☐حساب البنك ☐بريد ☐كارت ميزة ☐ محفظة اليكترونية.

تحريرًا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٣١)

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

طلب صرف تعويض الأجر ومصاريف الانتقال في حالة الإصابة / المرض

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

رقم تأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون:.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

برجاء صرف تعويض الأجر ومصاريف الانتقال، بناءً على البيانات الآتية:

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: | | | | | | | | |

اسم المؤمن عليه: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |

تاريخ الإصابة: / / ٢٠ (في حالات الإصابة) هل يوجد مرافق: .....

تاريخ بداية الإجازة المرضي : / / تاريخ نهاية الإجازة المرضي : / /

هل توجد مصاريف انتقال:..... العلاج يتم داخل أم خارج البلاد: .....

أجر الاشتراك الشهري للمصاب: ..... طريقة أداء الأجر: .....

.....

بيانات أخرى: .....

.....

تحريرًا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٣٢)

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

اسم صاحب المعاش: .....

طلـــب صـــرف منحة ☐زواج ☐ قطع

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني : | | | | | | | | | | رقم التليفون:.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المستفيد

اسم المستفيد : ..... الرقم التأميني : | | | | | | | | | |

صلة القرابة: ..... رقم التليفون:.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

برجاء صرف منحة (الزواج- القطع) المستحق لي عن:

(الوالد☐/ الوالدة☐/ الأخ☐/ الأخت☐):.....

وذلك نظرًا لتوافر حالة☐الزواج/ ☐بلوغ سن ٢١ وعدم الحصول على أي مؤهل دراسي/ ☐بلوغ سن ٢٤/☐ بلوغ سن ٢٦ / ☐انتهاء الدراسة / ☐الالتحاق بعمل /☐ مزاولة مهنة / ☐ زوال حالة العجز/☐ انتفاء شرط من شروط الاعالة /.....

تاريخ الحالة: | | / | | / | | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريراً في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب..... ...

نموذج رقم (٣٦)

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

اسم صاحب المعاش: .....

إقرار بحدوث تغيير في شروط استحقاق المعاش

بيانات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب:..... صفة مقدم الطلب:.....

الرقم التأميني : رقم التليفون:.....

الرقم القومي:

بيانات المستفيد

الرقم التأميني للمستفيد :

الرقم القومي للمستفيد :

رقم التليفون:..... العنوان:.....

أرجـو من سيادتكم (إيقاف / زوال سبب ايقاف) المعاش حيث أنه قد حدث تغيير بتاريخ / / ٢٠ في شرط من شروط الاستحقاق الخاصة بمعاش المستفيد وفقًا للآتي:

- ☐الالتحاق بعمل.
- ☐الوفاة.
- ☐الزواج
- ☐ ترك العمل.
- ☐مزاولة نشاط أو مهنة.
- ☐الحصول على معاش آخر.
- ☐استمرار العام الدراسي
- ☐ انتهاء مزاولة نشاط أو مهنة.
- ☐أخري .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

تحريرًا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٤٦)

طلب بيان عن حالة تأمينية/بيان معاش

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب :..... صفة مقدم الطلب :.....

الرقم التأميني:..... رقم التليفون:.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

أسم المؤمن عليه/ صاحب المعاش / القائم بالصرف: .....

الرقم التأميني:..... رقم التليفون:.....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

أرجو التكرم بالموافقة باستخراج :

١- بيان عن حالتي التأمينية ☐

٢- بيان معاش ☐

٣- كشف حساب أفراد ☐

لتقديمه إلى/ .... وقد تم سداد الرسوم أو خصمها من رصيد المدفوعات الفورية لدى الهيئة .

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام ،،،

تحريرًا في : / / ٢٠ **مقدمـــــه لسيادتكم**

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٤٩)

طلب تعديل

☐ قائم بالصرف ☐ جهة صرف المعاش

السيد مدير مكتب: .....

تحية طيبة وبعد،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات صاحب المعاش

الاسم: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المستفيد

الاسم: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

أرجـــــــو من سيادتكم التكرم بعمل اللازم نحو تعديل قائم بالصرف/ جهة صرف المعاش حيث يصرف المعاش المستحق للسيد: .....

باسم السيد: ..... وصفته: .....

☐ أرجو تغيير صرف المعاش باسم: ..... بصفته: .....

☐ أرجو تعديل جهة صرف المعاش من: ..... إلى: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريرًا في: / / ٢٠

توقيع مقدمة الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٥٢)

إقرار

بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة أو الحصول على معاش آخر

السيد الأستاذ: مدير مكتب: .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب: ..... **صفة مقدم الطلب:** .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | **رقم التليفون:** .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الاقرار

اقر أنا /: ..... **(ابن /أخ/بنت/أخت/ والد/والدة) المرحوم/** .....

بأنني لا أعمل بأي جهة حكومية أو غير حكومية ولا أزاول أي مهنه تجاريه أو غير تجارية –

و(مقيد / غير مقيد) بإحدى النقابات المهنية

و(لا اتقاضى معاش اخر / اتقاضى معاش أخر عن .....).

يرفق بيان بالمعاش الأخر حال الحصول عليه من خارج الهيئة

وفي حالة استيفاء بيانات غير صحيحة تؤدي إلى قيامي بصرف أية مبالغ دون وجه حق أكون مسئولاً جنائياً وماديا عن صرف هذه المبالغ، وأتعهد بالإبلاغ بكل تغيير في أسلوب الاستحقاق يؤدي إلى قطع المعاش أو وقفة أو خفضه خلال شهر على الأكثر من تاريخ التغيير

وهذا إقرار مني بذلك،،،

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريراً في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٥٣)

إقرار

بعدم زواج البنت أو الأخت منذ الطلاق أو الترمل وحتى تاريخ تقديم طلب الصرف

السيد الأستاذ: مدير مكتب: .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب: ..... **صفة مقدم الطلب:** .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | **رقم التليفون:** .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الاقرار

اقر أنا /: ..... **(بنت/أخت) المرحوم/** .....

بأنني لم أتزوج منذ (ترملي / طلاقي) بتاريخ / / ٢٠ وحتى تاريخه.

وفي حالة استيفاء بيانات غير صحيحة تؤدي إلى قيامي بصرف أية مبالغ دون وجه حق أكون مسئولاً جنائياً وماديا عن صرف هذه المبالغ، وأتعهد بالإبلاغ بكل تغيير في أسلوب الاستحقاق يؤدي إلى قطع المعاش أو وقفة أو خفضه خلال شهر على الأكثر من تاريخ التغيير

وهذا إقرار مني بذلك،،،

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريراً في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

رقم التليفون: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٥٦)

طلب

صرف المستحقات ☐ الموقوفة ☐ المعلاة

السيد مدير مكتب: .....

تحية طيبة ... وبعد،

بيانات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب: ..... **صفة مقدم الطلب:** .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | **رقم التليفون:** .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات صاحب المعاش/ المستفيد

الرقم التأميني لصاحب المعاش: | | | | | | | | |

الرقم التأميني للمستفيد: | | | | | | | | | **رقم التليفون:** .....

الرقم القومي للمستفيد: | | | | | | | | | | | | | | |

ارجـــو التكرم بصرف المبالغ المستحقة: ☐ معاش موقوف ☐ مبالغ موقوفة أو معلاه

المبالغ المطلوب صرفها عن الفترة: من | | / | | | | **إلى** | | / | | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريرًا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسـم: .....

التوقيـع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب .....

نموذج رقم (٥٨)

طلب تحويل للكشف الطبي لإثبات حالة العجز (مرضي / إصابي)

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

اسم المنشأة:	رقم المنشأة: | | | | | | | | | |
اسم العامل (المريض/ المصاب):	
الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |	
الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | |	
العنوان:	
المهنة:	المستوي المهاري: .....
مدى الخضوع: (نعم ☐ - لا☐)	سبب الإحالة للجنة العجز: .....
ملخص تقرير لجنة الكشف الطبي الدوري:	
.....	
.....	

إقـــــــرار

أقر بصحة البيانات الواردة بعالية وبمسئوليتي في حالة عدم ثبوت صحتها.

خاتم المنشأة **توقيع المدير المسئول**

.....

السيد الدكتور / مدير: .....

نرجو توقيع الكشف الطبي على المؤمن عليه الموضح بياناته بعالية وموافاتنا بالنتيجة.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠ **خاتم شعار الجمهورية** **مدير المكتب**

.....

(انظر خلفه)

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

١- يرفق تقرير من صاحب العمل يبين ما يلي:

أ- بيان طبيعة عمل المصاب واختصاصاته وتاريخ بدء مزاولته العمل ومستوى أدائه.

بيان ما كلف به من عمل إضـــافي وطبيعته والمدة المحددة لأدائه وما تم إنجازه فيها وعما إذا كانت تؤدى في ساعات العمل الأصلية أو الإضافية وتدعم ذلك بالمستندات.

٢- يقدم النموذج من المؤمن عليه أو المدير المسئول بالمنشأة إلى منطقة أو مكتب التأمين الاجتماعي المختص.

٣- يحرر النموذج من أصل وصورة مرفقًا به المستندات الطبية اللازمة للعرض على اللجنة الطبية (تقارير طبية– تحاليل – .....إلخ) ويراعى في استيفاء بياناته الآتي:

أ- يقصد بالمهنة: المهنة التي يشغلها المؤمن عليه في تاريخ تقديم الطلب.

ب- يقصد بمستوى المهارة: درجة المهارة في المهنة.

٤- يدرج في الخانة المخصصة لسبب الإحالة إلى لجنة العجز أي من الأسباب الأتية:

أ- إثبات عجز مرضي مستديم.

ب- إثبات عجز إصابي مستديم وتحديد نسبته.

ج- إعـادة فحص.

د- تكرار إصابة.

٥- يرفق بالنموذج بيان معتمد من الجهة الطبية المنوط بها الكشف الدوري وذلك بالنسبة للمؤمن عليهم الذين يخضعون لكشف طبي دوري يحدد مدى صلاحيتهم لمزاولة المهنة أو المستوى المهاري لمزاولتها وعلى الأخص الفئات الآتية:

أ- السائقون العاملون بالحكومة أو الهيئات العامة أو/ القطاع العام أو الأعمال العام أو القطاع الخاص.

ب- السائقون المهنيون.

ج- المؤمن عليهم المعرضـــون للإصـــابة بأحد الأمراض المهنية الذين يزاولون أحد الأعمال الواردة بجدول أمراض المهنة رقم (١) المرفق بقانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات الصادر بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩.

على أن يوضح بالتقرير ما يلي:

أ- عدم الصلاحية لمزاولة المهنة بأي مستوى من مستوياتها المهارية.

أو عدم الصلاحية لمزاولة المهنة مع إمكان قيام المؤمن عليه بمزاولة المهنة بمستوى مهاري أدنى.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب: .....

نموذج رقم (٥٩)

طلب العرض على لجنه عدم وجود عمل آخر لدي صاحب العمل / أو التظلم منه

السيد مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،

بيانات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب: ..... **صفة مقدم الطلب:** .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | | | **رقم التليفون:** .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه: ..... **المهنة:** .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | | **الرقم التأميني:** | | | | | | | | |

اسم المنشأة: ..... **رقم المنشأة:** .....

تاريخ بداية الاشتراك: | | / | | / | | | | **تاريخ ثبوت العجز:** | | / | | / | | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريراً في: / / ٢٠

مقدمة لسيادتكم

اسم المؤمن عليه/ المدير المسئول: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب: .....

نموذج رقم (٦٢)

طلـــب التظلم من قرار لجنة الإجهاد والارهاق من العمل

السيد مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... **صفة مقدم الطلب:** .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | **رقم التليفون:** .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | **رقم التليفون:** .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

اسم المنشأة:..... **رقم المنشأة:** | | | | | | | |

أرجـــــو التكرم باتخاذ إجراءات عرضي على اللجنة المختصة للتظلم من قرار لجنة الإجهاد والإرهاق من العمل، وذلك للتظلم من قرار اللجنة رقم ( ) بتاريخ / / ٢٠.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريراً في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب: .....

نموذج رقم (٦٣)

طلـــب صرف إعانة عجز

☐ صاحب معاش ☐ مستفيد

السيد مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي لمقدم الطلب: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات صاحب المعاش

اسم صاحب المعاش: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المستفيد

اسم المستفيد: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

أرجو التكرم بعرضي على اللجنة المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي نظرا لاحتياجي للمعاونة الدائمة من شخص آخر لعدم القدرة بالقيام بأعباء الحياة اليومية.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٦٨)

طلب العرض على لجنة فحص المنازعات

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التليفون: .....

بيانات الطلب

١	صاحب العمل	

٢	مؤمن علية / صاحب معاش / مستفيد	

بيانات صاحب العمل

رقم المنشأة: | | | | | | | | |

اسم المنشأة: .....

بيانات المؤمن عليه / صاحب المعاش / المستفيد

الرقم التأميني: | | | | | | | | |

الاسم: .....

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات العرض على لجنة فحص المنازعات للتظلم من:

موضوع المنازعة بإيجاز: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

تاريخ الطلب: | | / | | / | | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة للطلب المقدم

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

رقم التأميني: | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

اسم صاحب المعاش: .....

طلب العرض على اللجنة الطبية

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المستفيد

أرجو التكرم بعرضـي على اللجنة المختصـة بالهيئة المعنية بالتأمين الصـحي نظرًا لعجزي عن الكسـب حيث أن بياناتي كالآتي:

اسم المستفيد: ..... صلة القرابة: (أبن □ -أخ □)

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرًا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب منح معاش استثنائي أو تحسين المعاش بصفة استثنائية

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة ... وبعد،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

نوع المعاش الاستثنائي: (منح ☐ -تحسين☐)

نوع الطلب: (صاحب المعاش ☐ -مستفيد☐ - مؤمن عليه لم يتوفر فيه شروط الاستحقاق ☐)

الاسم: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

أرجو التكرم بالموافقة على (منح/ تحسين) المعاش وذلك بسبب .....

☐ حالة المؤمن عليه المنتهية خدمته بالقطاع الحكومي أو العام ولم تتوافر فيه شروط استحقاق المعاش.

☐ حالة صاحب المعاش من العاملين السابقين بالقطاع الحكومي والعام أو المستحقين عنه.

☐ حالة من قدم خدمات جليلة للبلاد أو المستحقين عنه.

☐ حالة قدامي النقابيين أو أسرهم.

☐ حالة منح أو تحسين معاشات أسر شهداء الإرهاب من رجال الشرطة أو المدنيين.

☐ حالة منح أو تحسين المعاشات بصفة استثنائية لضحايا الكوارث العامة.

☐ .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرًا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

التأمين الصحي

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

طلب الانتفاع بالتأمين الصحي لغير المستمرين بالخدمة

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

برجاء الموافقة على طلب انتفاعي بالتامين الصحي حيث انى من العاملين لدي الغير الذين انتهت خدمتهم قبل سن الشيخوخة ولم تتوافر شروط استحقاق المعاش أو تعويض الدفعة الواحدة حتى تاريخه.

اسم المؤمن عليه: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

جهة العمل الأخيرة: .....

تاريخ انتهاء الخدمة: | | / | | / | | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

إرشـــــادات

أولاً: الفئات المستفيدة:

فئات العاملين لدي الغير الواردة في بند أولا من المادة رقم (٢) من قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات الصادر بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩.

ثانياً: شروط الانتفاع:

١- سابقة الاشتراك في التأمين الاجتماعي ضمن العاملين لدي الغير بالقطاع الحكومي أو الاعمال العام أو الخاص.

٢- عدم سابقة صرف الحقوق التأمينية عن مدة الاشتراك في التأمين.

٣- عدم بلوغ سن الستين.

٤- سداد ٤٪ من الحد الأدنى لأجر الاشتراك التأميني في تاريخ تقديم أو تجديد طلب الانتفاع بمزايا العلاج والرعاية الطبية.

ثالثاً: مدى جواز العدول عن الانتفاع بمزايا العلاج والرعاية الطبية:

لا يجوز مطلقاً العدول عن طلب الانتفاع بأحكام العلاج والرعاية الطبية

رابعاً: حالات إيقاف الانتفاع بمزايا العلاج والرعاية الطبية:

١- الالتحاق بعمل أو استحقاق معاش حسب الأحوال.

٢- توقف المؤمن عليه عن سداد الاشتراكات المستحقة.

٣- انتهاء مدة سريان البطاقة العلاجية وحتى تجديدها.

٤- خلال مدة الاستبقاء والاستدعاء بالقوات المسلحة.

٥- خلال المدة التي يقضيها المؤمن عليه خارج البلاد.

٦- بلوغ المؤمن عليه سن الستين.

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

حسابات العملاء

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٧٤)

طلب أداء القيمة الحالية للأقساط

١ مؤمن عليه ☐ ٢ صاحب عمل ☐

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون: .....

الرقم القومي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المؤمن عليه

الاسم: .....

الرقم التأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون: .....

الرقم القومي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المنشأة

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: ☐☐☐☐☐☐☐☐

رقم التسجيل الضريبي: ☐☐☐/☐☐☐/☐☐☐

بيانات الطلب

برجاء الموافقة على أداء القيمة الحالية للأقساط.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٧٨)

طلب استرداد /تحويل الرصيد الدائن

١	تحويل الرصيد الدائن إلى منشأة مدينة		٢	استرداد المبالغ المسددة بالزيادة	

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه: ..... الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات المنشأة الدائنة

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: | | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التسجيل الضريبي: | | | / | | | / | | |

بيانات المنشأة المدينة

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: | | | | | | | | | | | | | | | |

رقم التسجيل الضريبي: | | | / | | | / | | |

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع صاحب العمل / المدير المسئول/ مؤمن عليه

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٧٣)

طلب تقسيط مبالغ مستحقة

١ مؤمن عليه ☐ ٢ صاحب عمل ☐

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون: .....

الرقم القومي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المؤمن عليه

الاسم: .....

الرقم التأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم التليفون: .....

الرقم القومي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

بيانات المنشأة

اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: ☐☐☐☐☐☐☐☐

رقم التسجيل الضريبي: ☐☐☐/☐☐☐/☐☐☐

بيانات التقسيط

برجاء الموافقة على التقسيط المبالغ المستحقة على مدة ..... التقسيط:

وقد تم سداد ١٥٪ مقدم تقسيط من قيمة اجمالي المديونية بمبلغ .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠ **توقيع مقدم الطلب**

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

خدمة المواطنين

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم ( )

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | |

اسم صاحب المعاش: .....

طلب تقديم شكوى

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... **صفة مقدم الطلب:** .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | **رقم التليفون:** .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات صاحب الشكوى

الاسم: ..... **الرقم التأميني:** | | | | | | | | | | |

الصفة: (صاحب معاش☐ -مستفيد☐ -مؤمن عليه☐- صاحب العمل) **رقم التليفون:** .....

رقم المنشأة: | | | | | | | | | | | **اسم المنشأة:** .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات لحل الشكوى الخاصة بي للتظلم من:

موضوع الشكوى: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

تاريخ الطلب: | | / | | / | | | | **رقم الطلب محل الشكوى:** .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠ **توقيع مقدم الطلب**

الاسم: .....

التوقيع: .....

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لشكوى

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الحجز الإداري

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب.....

نموذج رقم (٧٠)

طلب التصالح في قيمة الجنحة رقم ( ) لسنة ٢٠

السيد/ مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....

الرقم التأميني: | | | | | | | | | | | | رقم التليفون: .....

الرقم القومي: | | | | | | | | | | | | | | |

بيانات الطلب

برجاء التكرم بالموافقة على التصالح في الجنحة رقم ( ) لسنة ٢٠ .جنح قسم/ مركز.....

حيث أنني:

☐ سددت كافة المبالغ المستحقة بقيمة ( ).

(.....) فقط لا غير

☐ تمت الموافقة على تقسيط المديونية المستحقة بقرار رقم .....

تاريخ السداد / تاريخ بداية التقسيط: | | / | | / | | | | |

رقم المنشأة: | | | | | | | | | | اسم المنشأة: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner