



[www.aliateck.com](http://www.aliateck.com)

الرقم التأميني



**طلب تسجيل / تعديل رقم تأميني للأجنبي**

السيد / مدير مكتب

تحية طيبة وبعد،،،

**بيانات مقدم الطلب**

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

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

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،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....



**طلب تسجيل / تعديل رقم تأميني**

السيد / مدير مكتب .....

تحية طيبة وبعد،،،

**بيانات مقدم الطلب**

مقدم الطلب: .....  
 الرقم التأميني: .....  
 رقم التليفون: .....  
 الرقم القومي: .....

**بيانات المواطن**

الرقم القومي: .....  
 الاسم الأول: .....  
 اسم الأب بالكامل: .....  
 محل الميلاد: .....  
 اسم الأم: .....  
 قسم / مركز الميلاد: .....  
 تاريخ الميلاد: .....  
 تفاصيل العنوان: -  
 المحافظة: .....  
 قسم / مركز: .....  
 شياخة / قرية: .....  
 اسم الشارع: .....  
 جهات الاتصال: -  
 رقم التليفون: .....  
 البريد الإلكتروني: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريرا في: / / ٢٠

توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....  
 التوقيع: .....

# المنشآت النمطية



## طلب اشتراك مؤمن عليه

الفئة : ١  عاملين لدى الغير  ٢ أصحاب أعمال لهم منشآت  ٣  العاملين بالمخازن

## بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....  
رقم تأميني: ..... رقم التليفون: .....  
رقم قومي: .....

## بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني: ..... اسم المؤمن عليه: .....  
الرقم القومي: ..... الجنسية: .....  
المؤهل: ..... المهنة: .....  
تاريخ بدء الاشتراك: ..... القطاع: .....  
كود الاشتراك: ..... نوع المدة: .....  
أجر / دخل الاشتراك: ..... جنيته: .....  
الأجر الشامل: ..... جنيته: .....

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: ..... نسبة العجز: ..... %  
استيفاء الكشف الطبي الابتدائي: نعم  لا

## بيانات المنشأة

نوع المنشأة: نمطي  سيارة  مركب صيد  مخازن بلدية   
اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: .....

## بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم: ..... شارع: ..... قرية: .....  
قسم / مركز: ..... محافظة: .....

## التوقيع

توقيع المؤمن عليه: ..... توقيع صاحب العمل / المدير المسئول  
رقم التليفون: ..... (.....)  
تحريراً 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)

## إرشادات

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 التحاقاً نهائياً أو تحت الاختبار.
٢. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لمن وقع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.
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 الصيفي والخدمة العامة، ويشترط اعتماد النموذج المحرر لهم من المدير المسؤول بالهيئة التي تشرف على التلمذة الصناعية، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسخة من عقد عمل المتدرب أو المستند المثبت لنوع العمل في جميع هذه الحالات.
  - (د) يقتصر استيفاء الأجر على الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل.

## إقرار

اسم المنشأة: ..... رقمها التأميني: .....

العنوان: .....

أقرأ أنا الموقع على هذا النموذج بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصحية وقت توقيع الكشف الطبي مع الالتزام بموافاة الهيئة بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة عن حالته الصحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاقه بالعمل تطبيقاً لأحكام قانون العمل.

### توقيع (صاحب العمل / المدير المسؤول)

( )

أقرأ أنا..... العامل بالمنشأة عاليه 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 التحاقني بالعمل وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنى التزام قانوني بعرضي على اللجان الطبية لإثبات العجز أو صرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أيًا كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

### توقيع المؤمن عليه

( )



## طلب الاشتراك عن منشأة

## بيانات مقدم الطلب

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

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

الرقم القومي: .....

## بيانات المسؤولين

أسم صاحب العمل : ..... الرقم التأميني: .....

أسم المدير المسئول : ..... الرقم التأميني: .....

أسم المفوض الإلكتروني : ..... الرقم التأميني: .....

## بيانات المنشأة

اسم المنشأة: ..... قطاع: .....

رقم المركز الرئيسي للمنشأة (يستوفي في حالة الفروع): .....

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

تاريخ بدء النشاط: .....

رقم التسجيل الضريبي: ..... الكود المؤسسي: .....

رقم السجل التجاري: .....

رقم السجل التجاري الموحد: .....

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

## بيانات عنوان المنشأة

عقار رقم: ..... شارع / حارة: ..... قرية: .....

قسم / مركز: ..... محافظة: .....

العنوان تفصيلاً: .....

## توقيع صاحب العمل / المدير المسئول

الأسم ثلاثي: ..... التوقيع: .....

الصفة: .....

رقم التليفون: ..... خاتم المنشأة: .....

تحريراً في: / /

## مطابقة التوقيع

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

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

## إرشادات

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

- ١- نموذج توقيع صاحب العمل أو الأشخاص المسؤولين عن تحرير المكاتبات أو استيفاء البيانات أو الاستثمارات، وفقاً للنموذج رقم (١١) المرافق معتمداً من صاحب العمل ومختوماً بخاتم المنشأة، أو التوقيع الإلكتروني. ويلتزم صاحب العمل بكل ما يترتب على توقيع هؤلاء المسؤولين على المحررات والمكاتبات والاستثمارات 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.



## نموذج 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: .....

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

## مطابقة التوقيع

توقيع الموظف المختص بالمطابقة: .....

تاريخ المطابقة: / /

(يستوفى في حالة التعديل)

• يعتد بهذا النموذج للتفويض الإلكتروني للمذكورين في هذا النموذج.

توقيع صاحب العمل

خاتم المنشأة

تحريراً في: / / ٢٠

(أنظر خلفه)

## إرشادات

- ١- يحرر هذا النموذج من صاحب العمل أو الأشخاص المسؤولين عن تحرير المكاتبات أو استيفاء البيانات أو النماذج التي تقدم للهيئة معتمداً بخاتم المنشأة على أن يتم التوقيع بالنسبة لأصحاب الأعمال بالقطاع الخاص أمام موظف الهيئة الذي يؤشر بما يفيد أن التوقيع قد تم أمامه.
- ٢- بالنسبة لمن لا يوقعون بإمضائهم من أصحاب الأعمال أو الأشخاص المسؤولين لديهم فيتعين عليهم إعداد أختام خاصة يختمون بها نموذج التوقيع في المكان المعد لهذا الغرض مع أخذ بصمة الإبهام الأيمن لصاحب العمل أو المسئول لديه أمام موظف الهيئة الذي يؤشر بما يفيد بأن بصمته الخاتم والإبهام الأيمن قد تمت أمامه.
- ٣- يلتزم صاحب العمل دائماً بكل ما يترتب على توقيع هؤلاء المسؤولين على المحررات والمكاتبات والنماذج الخاصة بتنفيذ أحكام القانون.

رقم المنشأة : 

اسم المنشأة : .....

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

**إخطار ( تغيير/ تحديث ) في بيانات المنشأة****السيد / مدير مكتب**

تحية طيبة وبعد ،،،

بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب

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

البيانات المطلوب تعديلها

أولاً: التكرم بتحديث بيانات المنشأة وفقاً للبيانات التالية

ثانياً: أتشرف بالإحاطة أنه اعتباراً 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 المنشآت التابعة		
٩.	تعديل المسؤولين	إضافة	الرقم التأميني: الصفة :
		تعديل	الرقم التأميني: الصفة :
		إلغاء	الرقم التأميني: الصفة :

تقر المنشأة : ..... بصحة ما ورد بهذا الإخطار

والمستندات المرفقة به.

تحريراً في : / / ٢٠ توقيع صاحب العمل: .....

توقيع مقدم الطلب: .....

**ملحوظة:**

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



### 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: (إيقاف مؤقت مع إنهاء صاحب العمل والمؤمن عليهم  - إيقاف مؤقت مع إنهاء المؤمن

عليهم  - إيقاف نهائي

#### إقرار صاحب العمل أو المدير المسئول

أقر بأن جميع البيانات بعالية صحيحة.

توقيع صاحب العمل / المدير المسئول

.....

٢٠ / /

خاتم المنشأة



## 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،،،

توقيع صاحب العمل / المدير المسئول

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

خاتم المنشأة

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لطلب الاعتراض

**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،،،**

توقيع (صاحب العمل/ المدير المسئول)

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....



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،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريراً في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

• يرفق القرار الصادر من الهيئة المعنية بالتأمين الصحي



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 الآتية:

بيان بالعاملين المستمرين / المنهي خدمتهم / المستمرين ومنهي خدمتهم بالمنشأة

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

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: ٢٠ / /

الاسم: .....

التوقيع: .....

# المنشآت النوعية



## طلب اشتراك مؤمن عليه

الفئة : ١  عاملين لدى الغير  ٢  أصحاب أعمال لهم منشآت   
 ٣  العاملين بالمخازن

## بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....  
 رقم تأميني: ..... رقم التليفون: .....  
 رقم قومي: .....

## بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني: ..... اسم المؤمن عليه: .....  
 الرقم القومي: ..... الجنسية: .....  
 المؤهل: ..... المهنة: .....  
 تاريخ بدء الاشتراك: ..... القطاع: .....  
 كود الاشتراك: ..... نوع المدة: .....  
 أجر / دخل الاشتراك: ..... جنيته: .....  
 الأجر الشامل: ..... جنيته: .....

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: ..... نسبة العجز: ..... %  
 استيفاء الكشف الطبي الابتدائي: نعم  لا

## بيانات المنشأة

نوع المنشأة: نمطي  سيارة  مركب صيد  مخازن بلدية   
 اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: .....

## بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم: ..... شارع: ..... قرية: .....  
 قسم / مركز: ..... محافظة: .....

## التوقيع

توقيع المؤمن عليه: ..... توقيع صاحب العمل / المدير المسئول  
 رقم التليفون: ..... (.....)  
 تحريراً 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)

## إرشادات

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 التحاقاً نهائياً أو تحت الاختبار.
٢. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لمن وقع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.
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 الصيفي والخدمة العامة، ويشترط اعتماد النموذج المحرر لهم من المدير المسؤول بالهيئة التي تشرف على التلمذة الصناعية، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسخة من عقد عمل المتدرب أو المستند المثبت لنوع العمل في جميع هذه الحالات.
  - (د) يقتصر استيفاء الأجر على الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل.

## إقرار

اسم المنشأة: ..... رقمها التأميني: .....

العنوان: .....

أقر أنا الموقع على هذا النموذج بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصحية وقت توقيع الكشف الطبي مع الالتزام بموافاة الهيئة بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة عن حالته الصحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاقه بالعمل تطبيقاً لأحكام قانون العمل.

### توقيع (صاحب العمل / المدير المسؤول)

( )

أقر أنا..... العامل بالمنشأة عالية 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 التحاقني بالعمل وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنى التزام قانوني بعرضي على اللجان الطبية لإثبات العجز أو صرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أيًا كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

### توقيع المؤمن عليه

( )

## إخطار بإنهاء اشتراك مؤمن عليه

بيانات مقدم الطلب

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

رقم تأميني: ..... رقم التليفون: .....

رقم القومي: .....

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني: ..... الاسم: .....

الرقم القومي: .....

رقم المنشأ: ..... اسم المنشأ: .....

تاريخ انتهاء الاشتراك: ..... سبب انتهاء الاشتراك: .....

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

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

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

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي / .....

إقرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

أقر أن البيانات بعاليه صحيحة وانني أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موسى عليه بعلم

الوصول برقم ..... بتاريخ ٢٠ / / ٢٠

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي

توقيع المدير المسئول: ..... ٢٠ / / ٢٠

خاتم الجهة

إقرار المؤمن عليه في حالة وجود نزاع

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

توقيع المؤمن عليه: ..... ٢٠ / / ٢٠

**ملحوظة:** يلزم التأكد من توقيع كل من العامل أو صاحب العمل على الإقرار الموضح خلف النموذج.

توقيع مقدم الطلب: ..... ٢٠ / / ٢٠

(انظر خلفه)

## إرشادات

1. يحرر هذا النموذج ويرسل للهيئة خلال أسبوع من تاريخ تحقق إحدى الوقائع الآتية:
  - أ. انتهاء خدمة المؤمن عليه.
  - ب. انتهاء مدة التلمذة الصناعية أو التدرج.
  - ج. انتهاء العمل بالمشروع الصيفي للطلبة.

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

## إقرار

اسم المنشأة: ..... رقمها التأميني:

العنوان: .....

اسم المؤمن عليه: ..... رقمه التأميني:

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

**توقيع صاحب العمل**

( )

**توقيع المؤمن عليه**

( )

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

**توقيع صاحب العمل**

( )



### طلب اشتراك مركب صيد

#### بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: .....  
صفة مقدم الطلب: .....  
الرقم التأميني: .....  
رقم التليفون: .....  
الرقم القومي: .....

#### بيانات المالك

نوع المالك: ( افراد  - منشآت  )

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،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

## إرشادات

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 مطابقاً لما هو مدرج بترخيص الهيئة المصرية لسلامة الملاحة البحرية، أو بالخطاب الوارد من جهاز حماية وتنمية البحيرات والثروة السمكية المختص بحسب الأحوال بالإضافة إلى 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، أما 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.



## إرشادات

### بالنسبة لمراكب الصيد:

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

### يُنهي اشتراك السيارة في الحالات التالية:

١. نقل ملكية السيارة للغير بموجب شهادة تفيد نقل الملكية معتمدة من إدارة المرور المختصة وفي هذه الحالة يتعين اتخاذ كافة الإجراءات القانونية نحو إخضاع صاحب العمل الجديد للاشتراك عن السيارة.
٢. تكهين السيارة 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 سرقته ويتم إنهاء الاشتراك اعتباراً من ذلك التاريخ.
٤. إحلال سيارة جديدة محل السيارة القديمة طبقاً لقانون المرور بعد إجراء التسويات اللازمة على أن يدرج رقم المنشأة القديمة ببيانات المنشأة الجديدة.
٥. مصادرة السيارة بموجب حكم قضائي نهائي اعتباراً من تاريخ المصادرة.
٦. تسليم لوحات السيارة لإدارة المرور المختصة ويثبت ذلك بموجب شهادة صادرة من إدارة المرور.
٧. القبض على السيارة أو التحفظ عليها أو فقدانها أو احتراقها ويثبت ذلك بشهادة صادرة من إدارة المرور.
٨. نهاية آخر ترخيص للسيارة ويثبت ذلك بخطاب صادر من إدارة المرور المختصة بشرط عدم ضبطها.
٩. إلغاء تصريح تشغيل المركبة أو وسيلة النقل الجماعي التي تعمل ضمن منظومة النقل البري للركاب باستخدام تكنولوجيا المعلومات.



## إرشادات

### بالنسبة لمراكب الصيد:

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

### يُنهي اشتراك السيارة في الحالات التالية:

١. نقل ملكية السيارة للغير بموجب شهادة تفيد نقل الملكية معتمدة من إدارة المرور المختصة وفي هذه الحالة يتعين اتخاذ كافة الإجراءات القانونية نحو إخضاع صاحب العمل الجديد للاشتراك عن السيارة.
٢. تكهين السيارة 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 سرقته ويتم إنهاء الاشتراك اعتباراً من ذلك التاريخ.
٤. إحلال سيارة جديدة محل السيارة القديمة طبقاً لقانون المرور بعد إجراء التسويات اللازمة على أن يدرج رقم المنشأة القديمة ببيانات المنشأة الجديدة.
٥. مصادرة السيارة بموجب حكم قضائي نهائي اعتباراً من تاريخ المصادرة.
٦. تسليم لوحات السيارة لإدارة المرور المختصة ويثبت ذلك بموجب شهادة صادرة من إدارة المرور.
٧. القبض على السيارة أو التحفظ عليها أو فقدانها أو احتراقها ويثبت ذلك بشهادة صادرة من إدارة المرور.
٨. نهاية آخر ترخيص للسيارة ويثبت ذلك بخطاب صادر من إدارة المرور المختصة بشرط عدم ضبطها.
٩. إلغاء تصريح تشغيل المركبة أو وسيلة النقل الجماعي التي تعمل ضمن منظومة النقل البري للركاب باستخدام تكنولوجيا المعلومات.



**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،،،

**توقيع مقدم الطلب**

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....



### طلب تعديل بيانات السيارة

#### بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: .....  
صفة مقدم الطلب: .....  
الرقم التأميني: .....  
رقم التليفون: .....  
الرقم القومي: .....

#### بيانات الطلب

ارجو تعديل بيانات السيارة:

كود المسؤولية	٢
---------------	---

تعديل البيانات الأساسية للمركبة	١
---------------------------------	---

نوع الطلب: ( أفراد  - منشأة  )  
الاسم: .....  
الرقم التأميني للمنشأة: .....  
رقم منشأة السيارة: .....

#### البيانات الأساسية المراد تعديلها للمركبة

الموديل: .....  
رقم الماتور: .....  
رقم الشاسيه: .....  
سنه الصنع: .....  
الماركة: .....

تاريخ بدء الضريبة:	.....
--------------------	-------

تاريخ إنهاء المركبة:	.....
----------------------	-------

#### تعديل السائق / التابع

نوع التعديل ( حذف  - إضافة  )

اسم السائق: .....  
الرقم التأميني للسائق: .....  
درجة رخصة: .....  
انتهاء رخصة السائق: .....  
اسم التابع: .....  
الرقم التأميني للتابع: .....

#### كود المسؤولية

كود المسؤولية: ( مسؤل  - غير مسؤل  )

الاسم: .....  
الرقم التأميني: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....



**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 مرورياً	
٣	لم ترخص مروراً وتم الضبط	

رقم منشأة السيارة: .....

نوع المالك: (فرد □ - منشأة □)

رقم المنشأة: ..... اسم المنشأة: .....

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

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

تاريخ نهاية المدة/ تاريخ الضبط: .....

**وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،**

**توقيع مقدم الطلب**

تحريراً في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

**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 / التابع**

اسم السائق: ..... الرقم التأميني للسائق: [ ]

درجة رخصة السائق: ..... تاريخ انتهاء رخصة السائق: [ ]

اسم التابع: ..... الرقم التأميني للتابع: [ ]

**بيانات تجديد مركب الصيد**

طول المركب: .....

بداية التجديد: [ ] نهاية التجديد: [ ]

**وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،****توقيع مقدم الطلب**

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....



**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: .....

**توقيع مقدم الطلب**

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....



### 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  - منشآت  )

(في حالة الافراد)

الاسم: .....  
نوع كود مالك السيارة: .....  
(في حالة المنشآت)  
اسم المنشأة: .....  
رقم المنشأة: .....

الاشتراك عن سائق:

مشترك

غير مشترك

اسم السائق: .....  
اسم التابع: .....  
الرقم التأميني للسائق: .....  
الرقم التأميني للتابع: .....  
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 بداية الضريبة: .....  
تاريخ نهاية الضريبة: .....

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

توقيع صاحب السيارة / المدير المسئول

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

# التغطية التأمينية



## طلب اشتراك مؤمن عليه

الفئة : ١  عاملين لدى الغير  ٢ أصحاب أعمال لهم منشآت  ٣  العاملين بالمخازن

## بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: ..... صفة مقدم الطلب: .....  
رقم تأميني: ..... رقم التليفون: .....  
رقم قومي: .....

## بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني: ..... اسم المؤمن عليه: .....  
الرقم القومي: ..... الجنسية: .....  
المؤهل: ..... المهنة: .....  
تاريخ بدء الاشتراك: ..... القطاع: .....  
كود الاشتراك: ..... نوع المدة: .....  
أجر / دخل الاشتراك: ..... أجره الشامل: .....  
جنيته جنيته

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: ..... نسبة العجز: ..... %  
استيفاء الكشف الطبي الابتدائي: نعم  لا

## بيانات المنشأة

نوع المنشأة: نمطي  سيارة  مركب صيد  مخازن بلدية   
اسم المنشأة: ..... رقم المنشأة: .....

## بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم: ..... شارع: ..... قرية: .....  
قسم / مركز: ..... محافظة: .....

## التوقيع

توقيع المؤمن عليه: ..... توقيع صاحب العمل / المدير المسئول  
رقم التليفون: ..... (.....)  
تحريراً 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)

## إرشادات

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 التحاقاً نهائياً أو تحت الاختبار.
٢. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لمن وقع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.
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 الصيفي والخدمة العامة، ويشترط اعتماد النموذج المحرر لهم من المدير المسؤول بالهيئة التي تشرف على التلمذة الصناعية، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسخة من عقد عمل المتدرب أو المستند المثبت لنوع العمل في جميع هذه الحالات.
  - (د) يقتصر استيفاء الأجر على الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل.

## إقرار

اسم المنشأة: ..... رقمها التأميني: .....

العنوان: .....

أقر أنا الموقع على هذا النموذج بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصحية وقت توقيع الكشف الطبي مع الالتزام بموافاة الهيئة بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة عن حالته الصحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاقه بالعمل تطبيقاً لأحكام قانون العمل.

### توقيع (صاحب العمل / المدير المسؤول)

( )

أقر أنا..... العامل بالمنشأة عالية بأن أثبتت 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 التحاقني بالعمل وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنى التزام قانوني بعرضي على اللجان الطبية لإثبات العجز أو صرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أيًا كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

### توقيع المؤمن عليه

( )



## طلب اشتراك مؤمن عليه

الفئة : ١  العاملين المصريين بالخارج  ٢  أصحاب أعمال ليس لهم منشآت   
 ٣  العمالة غير المنتظمة

## بيانات مقدم الطلب

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

رقم تأميني: ..... رقم التليفون: .....

رقم قومي: .....

## بيانات المؤمن عليه

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

الرقم القومي: ..... الجنسية: .....

المؤهل: ..... المهنة: .....

تاريخ بدء الاشتراك: ..... القطاع: .....

كود الاشتراك: ..... نوع المدة: .....

أجر / دخل الاشتراك: ..... الأجر الشامل: ..... جنيته

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

استيفاء الكشف الطبي الابتدائي: نعم  لا

## بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم: ..... شارع / حارة: ..... قرية: .....

قسم / مركز: ..... محافظة: .....

## التوقيع

توقيع المؤمن عليه: .....

رقم التليفون: .....

تحريراً في: / /

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

## إرشادات

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 لمن وقّع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة.
٣. بالنسبة للعاملين بالخارج يتم ارفاق صورته من مستند المثبت لبد العمل أو النشاط الموجب للخضوع لأحكام القانون.

## إقرار

أقر أنا..... المؤمن عليه بأن أثبت حالي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة وموافاة الهيئة بالتقرير الطبي عن حالي الصحية خلال أسبوعين من تاريخ التحاقى بالعمل وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعى ليس عليها أدنى التزام قانونى 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**

( )



## إقرار

أقر أنا-----بصفتي-----بأن جميع البيانات الواردة بهذا النموذج وملحقاته صحيحة (الأجر الشامل لحساب اشتراكات التأمين الصحي الشامل) وانى اتحمل المسؤولية القانونية عن صحة البيانات الواردة بهذه الاستمارة وفي حالة المخالفة تطبق العقوبات المنصوص عليها بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩ مع عدم الاخلال بأي عقوبات أشد واردة في قانون العقوبات، وعلى أن يتم موافاه الهيئه بأى تعديلات تطراً 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

-----

تحريراً في: / / ٢٠



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			إلى			
				يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	
١										
٢										
٣										

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: ٢٠ / /

الاسم: .....

التوقيع: .....



رقم المنشأة □□□□□□□□	رقم المنشأة □□□□□□□□	رقم المنشأة □□□□□□□□	رقم المنشأة □□□□□□□□																																																																																																
اسم المنشأة.....	اسم المنشأة.....	اسم المنشأة.....	اسم المنشأة.....																																																																																																
تاريخ طلب وبدء الاشتراك □□□□/□□/□□	تاريخ طلب وبدء الاشتراك □□□□/□□/□□	تاريخ طلب وبدء الاشتراك □□□□/□□/□□	تاريخ طلب وبدء الاشتراك □□□□/□□/□□																																																																																																
سبب الإنهاء □ مسمى.....	سبب الإنهاء □ مسمى.....	سبب الإنهاء □ مسمى.....	سبب الإنهاء □ مسمى.....																																																																																																
تاريخ نهاية الاشتراك □□□□/□□/□□	تاريخ نهاية الاشتراك □□□□/□□/□□	تاريخ نهاية الاشتراك □□□□/□□/□□	تاريخ نهاية الاشتراك □□□□/□□/□□																																																																																																
نوع المدة / كود الاشتراك □□□□	نوع المدة / كود الاشتراك □□□□	نوع المدة / كود الاشتراك □□□□	نوع المدة / كود الاشتراك □□□□																																																																																																
مسمى المدة.....	مسمى المدة.....	مسمى المدة.....	مسمى المدة.....																																																																																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">التاريخ</th> <th colspan="2">الأجر المتغير</th> <th rowspan="2">التاريخ</th> <th colspan="2">الأجر الأساسي</th> </tr> <tr> <th>ق</th> <th>ج</th> <th>ق</th> <th>ج</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ	الأجر الأساسي		ق	ج	ق	ج													<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">التاريخ</th> <th colspan="2">الأجر المتغير</th> <th rowspan="2">التاريخ</th> <th colspan="2">الأجر الأساسي</th> </tr> <tr> <th>ق</th> <th>ج</th> <th>ق</th> <th>ج</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ	الأجر الأساسي		ق	ج	ق	ج													<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">التاريخ</th> <th colspan="2">الأجر المتغير</th> <th rowspan="2">التاريخ</th> <th colspan="2">الأجر الأساسي</th> </tr> <tr> <th>ق</th> <th>ج</th> <th>ق</th> <th>ج</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ	الأجر الأساسي		ق	ج	ق	ج													<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">التاريخ</th> <th colspan="2">الأجر المتغير</th> <th rowspan="2">التاريخ</th> <th colspan="2">الأجر الأساسي</th> </tr> <tr> <th>ق</th> <th>ج</th> <th>ق</th> <th>ج</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ	الأجر الأساسي		ق	ج	ق	ج																				
التاريخ		الأجر المتغير			التاريخ	الأجر الأساسي																																																																																													
	ق	ج	ق	ج																																																																																															
التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ	الأجر الأساسي																																																																																															
	ق	ج		ق	ج																																																																																														
التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ	الأجر الأساسي																																																																																															
	ق	ج		ق	ج																																																																																														
التاريخ	الأجر المتغير		التاريخ	الأجر الأساسي																																																																																															
	ق	ج		ق	ج																																																																																														
٤- المدد النوعية ( مقاولات - نقل بري - صيد )		٣- المدد المتداخلة																																																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">سبب الإنهاء</th> <th colspan="3">تاريخ نهاية المدة</th> <th rowspan="2">درجة الترخيص المهارة</th> <th colspan="2">فئة الأجر</th> <th colspan="3">تاريخ بداية المدة</th> </tr> <tr> <th>كود</th> <th>سنة</th> <th>يوم</th> <th>كود</th> <th>مسمى</th> <th>ق</th> <th>ج</th> <th>سنة</th> <th>شهر</th> <th>يوم</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	سبب الإنهاء	تاريخ نهاية المدة			درجة الترخيص المهارة	فئة الأجر		تاريخ بداية المدة			كود	سنة	يوم	كود	مسمى	ق	ج	سنة	شهر	يوم																									<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">نوع المدة</th> <th rowspan="2">كود المدة</th> <th colspan="2">قطاع</th> <th rowspan="2">الأجر</th> <th colspan="3">تاريخ بداية المدة</th> <th colspan="3">تاريخ نهاية المدة</th> </tr> <tr> <th>كود</th> <th>مسمى</th> <th>ق</th> <th>ج</th> <th>سنة</th> <th>شهر</th> <th>يوم</th> <th>سنة</th> <th>شهر</th> <th>يوم</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	نوع المدة	كود المدة	قطاع		الأجر	تاريخ بداية المدة			تاريخ نهاية المدة			كود	مسمى	ق	ج	سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم																																	
سبب الإنهاء		تاريخ نهاية المدة				درجة الترخيص المهارة	فئة الأجر		تاريخ بداية المدة																																																																																										
	كود	سنة	يوم	كود	مسمى		ق	ج	سنة	شهر	يوم																																																																																								
نوع المدة	كود المدة	قطاع		الأجر	تاريخ بداية المدة			تاريخ نهاية المدة																																																																																											
		كود	مسمى		ق	ج	سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم																																																																																							
٥- مدد نوعيه ( عاملين بالخارج )		٥- المدد المشترطة																																																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">تاريخ طلب الاشتراك</th> <th colspan="3">تاريخ بدء الاشتراك</th> <th rowspan="2">فئة بدء الاشتراك</th> <th colspan="3">تاريخ نهاية الاشتراك</th> <th rowspan="2">كود سبب الإنهاء</th> </tr> <tr> <th>سنة</th> <th>شهر</th> <th>يوم</th> <th>سنة</th> <th>شهر</th> <th>يوم</th> <th>كود</th> <th>نوع المدة</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	تاريخ طلب الاشتراك	تاريخ بدء الاشتراك			فئة بدء الاشتراك	تاريخ نهاية الاشتراك			كود سبب الإنهاء	سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم	كود	نوع المدة																					<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">نوع المدة</th> <th rowspan="2">مسمى المدة</th> <th colspan="3">تاريخ بداية المدة</th> <th colspan="3">تاريخ تقديم الطلب</th> <th rowspan="2">عدد السنوات</th> <th rowspan="2">طريقة السداد</th> <th rowspan="2">التكلفة</th> <th rowspan="2">قيمة القسط</th> <th colspan="2">المحافظة</th> <th rowspan="2">القسم / المركز</th> <th rowspan="2">الشيخة/القرية</th> <th rowspan="2">اسم الشارع</th> </tr> <tr> <th>سنة</th> <th>شهر</th> <th>يوم</th> <th>سنة</th> <th>شهر</th> <th>يوم</th> <th>ق</th> <th>ج</th> <th>كود</th> <th>مسمى</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	نوع المدة	مسمى المدة	تاريخ بداية المدة			تاريخ تقديم الطلب			عدد السنوات	طريقة السداد	التكلفة	قيمة القسط	المحافظة		القسم / المركز	الشيخة/القرية	اسم الشارع	سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم	ق	ج	كود	مسمى																																		
تاريخ طلب الاشتراك		تاريخ بدء الاشتراك				فئة بدء الاشتراك	تاريخ نهاية الاشتراك			كود سبب الإنهاء																																																																																									
	سنة	شهر	يوم	سنة	شهر		يوم	كود	نوع المدة																																																																																										
نوع المدة	مسمى المدة	تاريخ بداية المدة			تاريخ تقديم الطلب			عدد السنوات	طريقة السداد	التكلفة	قيمة القسط	المحافظة		القسم / المركز	الشيخة/القرية	اسم الشارع																																																																																			
		سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم					ق	ج				كود	مسمى																																																																																	

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

## إخطار بإنهاء اشتراك مؤمن عليه

بيانات مقدم الطلب

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

رقم تأميني: ..... رقم التليفون: .....

رقم القومي: .....

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني: ..... الاسم: .....

الرقم القومي: .....

رقم المنشأ: ..... اسم المنشأ: .....

تاريخ انتهاء الاشتراك: ..... سبب انتهاء الاشتراك: .....

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

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

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

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي / .....

إقرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

أقر أن البيانات بعاليه صحيحة وانني أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موسى عليه بعلم

الوصول برقم ..... بتاريخ / / ٢٠.

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي

توقيع المدير المسئول: ..... / / ٢٠

خاتم الجهة

إقرار المؤمن عليه في حالة وجود نزاع

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

توقيع المؤمن عليه: ..... / / ٢٠

**ملحوظة:** يلزم التأكد من توقيع كل من العامل أو صاحب العمل على الإقرار الموضح خلف النموذج.

توقيع مقدم الطلب: ..... / / ٢٠

(انظر خلفه)

## إرشادات

1. يحرر هذا النموذج ويرسل للهيئة خلال أسبوع من تاريخ تحقق إحدى الوقائع الآتية:
  - أ. انتهاء خدمة المؤمن عليه.
  - ب. انتهاء مدة التلمذة الصناعية أو التدرج.
  - ج. انتهاء العمل بالمشروع الصيفي للطلبة.

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

## إقرار

اسم المنشأة: ..... رقمها التأميني:

العنوان: .....

اسم المؤمن عليه: ..... رقمه التأميني:

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

**توقيع صاحب العمل**

( )

**توقيع المؤمن عليه**

( )

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

**توقيع صاحب العمل**

( )



## طلب حساب مدة ضمن مدة الاشتراك

## بيانات مقدم الطلب

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

رقم تأميني: ..... رقم التليفون: .....

الرقم القومي: .....

## 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 الاشتراك:

أقر أنا / ----- بإشتراك عن مدة ( ) سنة فقط ----- وذلك بتكلفة -----

/ بقسط ----- شهرياً.

## توقيع المؤمن عليه

.....

## إقرار صاحب العمل بخضم القسط:

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

## توقيع صاحب العمل

.....

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

## إرشادات

- 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 لإستيفائه من جهة العمل بحسب الأحوال .
- ٣- على صاحب العمل إعتقاد 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 التالي لتاريخ أداء المبلغ المشار إليه.
- ٩- يعتبر توقيع المؤمن عليه على النموذج إقراراً منه بالرغبة في الإشتراك وفقاً للبيانات الواردة به.
- ١٠- يعتبر توقيع صاحب العمل على هذا النموذج إقراراً منه بخصم القسط ومتابعة السداد وفقاً لما ورد بالنموذج، مع الالتزام بكافة أحكام القانون في ذلك.



## 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 اعتباراً من

تاريخ تقديم الطلب لمكتب الهيئة .

تحريراً 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 وفي حالة تغيير الأجر وإنخفض عن

الحد الأقصى لأجر الاشتراك سيتم إبلاغ الهيئة بذلك، كما نتعهد باستقطاعه اعتباراً من الأجر المستحق عن شهر ..... سنة

..... وتوريده للهيئة مع مسؤوليتنا الكاملة عن الوفاء بذلك.

المسؤول المختص

الخاتم

تحريراً في: / / ٢٠

## أصحاب الأعمال والعاملين المصريين بالخارج

أقر أنا ..... (صاحب العمل / عامل مصري بالخارج) رقم تأميني .....

الاشتراك في نظام المعاش الإضافي اعتباراً من تاريخ تقديم الطلب لمكتب الهيئة بقيمة ----- جنبها شهرياً.

كما أقر بموافقتي على الاشتراك على أعلى فئة دخل اشتراك سنوياً لاستمرار الاشتراك في المعاش الإضافي.

توقيع المؤمن عليه: .....

تحريراً في: / / ٢٠

رقم التليفون: .....

(أنظر خلفه)

## إرشادات

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.

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

- ١- أن يكون المؤمن عليه مشتركاً 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 انتهى أي شرط من شروط الانتفاع المشار إليها.**

• **لا يجوز العدول عن الرغبة في الاشتراك بنظام المعاش الاضافي.**



## طلب

## اشتراك مؤمن عليه من أصحاب الأجور الحكيمة 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: الرقم القومي:  الجنسية: المهنة:  تاريخ بدء الاشتراك: 

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 العجز: %استيفاء الكشف الطبي الابتدائي: نعم  لا 

## بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم: شارع: قرية:

قسم / مركز: محافظة:

## التوقيع

توقيع المؤمن عليه: رقم التليفون:

تحريراً: / / ٢

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

(أنظر خلفه)

## إرشادات

١. يتم إرفاق صورة من شهادة قياس المهارة الصادرة عن مكتب القوى العاملة لعامل المقاولات/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 وقّع عليها أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.
٥. أقر أنا ..... الموقع على هذا بالالتزام الهيئة بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي عن حالي الصحية خلال شهر على الأكثر من تاريخ بدء الاشتراك وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي غير ملتزمة بعرضه على اللجنة الطبية لإثبات عجزه وليس عليها أدنى التزام قانوني بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

### توقيع المؤمن عليه

( )

## 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 حالي 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 ،،

مقدمه لسيادتكم

تحريراً في : / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....





## طلب تعديل بيانات تغطية المؤمن عليه

### بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: .....  
 رقم تأميني: .....  
 رقم التليفون: .....  
 الرقم القومي: .....

### بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني: .....  
 اسم المنشأة: .....  
 الاسم: .....  
 الرقم القومي: .....  
 نوع القطاع: .....

### البيانات المراد تعديلها

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

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

توقيع صاحب العمل / المدير المسئول / المؤمن عليه

تحريراً في / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

## طلب تعديل بيانات تغطية المؤمن عليه

### بيانات مقدم الطلب

مقدم الطلب: .....  
 رقم تأميني: .....  
 رقم التليفون: .....  
 الرقم القومي: .....

### بيانات الطلب

إضافة أجر  تعديل أجر

الاسم: .....  
 الرقم التأميني: .....  
 الرقم القومي: .....  
 اسم المنشأة: .....  
 رقم المنشأة: .....

### البيانات المراد تعديلها

الأجر الشامل	الأجر التأميني	تاريخ نهاية الأجر	تاريخ بداية الأجر

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

توقيع صاحب العمل / المدير المسئول

تحريراً في ٢٠ / /

الاسم: .....

التوقيع: .....



**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 / التباغ**

درجة المهارة: .....

تاريخ بدء البطاقة: ..... تاريخ انتهاء البطاقة: .....

**بيانات بطاقة الصيد**

رقم بطاقة الصيد: .....

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

**توقيع مقدم الطلب**

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

## طلب استخراج شهادة الأجور الحكومية

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،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

# الأجازات



نموذج رقم ( ١٩ )

رقم المنشأة :   
اسم المنشأة : .....

**ملحوظة:** لا يجوز العدول عن الرغبة مستقبلاً

## إقرار

### بالرغبة في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل

بيانات مقدم الطلب

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

رقم تأميني:  رقم التليفون: .....

رقم القومي:

## الإقرار

أقر أنا ----- العامل بـ -----

بأنني أرغب في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل والتي حصلت عليها اعتباراً من / / .  
كما أرغب في سداد تكلفة المدة (دفعة واحدة / بالتقسيط) ..... (يستوفى هذا البيان في حالة إبداء الرغبة بعد استلام العمل).

وهذا إقرار مني بذلك ،،

مقدمه

تحريراً في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

التاريخ: .....

العنوان: .....

## اعتماد صاحب العمل

تقر ----- بأن المؤمن عليه -----

العامل طرفنا قد تقدم بهذا الإقرار برغبته في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل والتي حصل عليها  
اعتباراً من / / وأن توقيعه على هذا الإقرار صحيح.

مدير الموارد البشرية

تحريراً في: / / ٢٠

**ملاحظة:** تشمل الرغبة سنوات تجديد الإجازة.

خاتم صاحب العمل



نموذج رقم ( ١٩ مكرر )

رقم المنشأة :   
اسم المنشأة : .....

**ملحوظة:** لا يجوز العدول عن الرغبة مستقبلاً

## إقرار

### بالرغبة في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل للمستحقين

بيانات مقدم الطلب

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

رقم تأميني:  رقم التليفون: .....

رقم القومي:

الإقرار

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

وهذا إقرار منا بذلك ،،

مقدمه

تحريراً في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

التاريخ: .....

العنوان: .....

**ملاحظة:** تشمل الرغبة سنوات تجديد الإجازة.



طلب تقسيط مبالغ مستحقة

صاحب عمل

٢

مؤمن عليه

١

بيانات مقدم الطلب

..... صفة مقدم الطلب:

..... مقدم الطلب:

..... رقم التليفون:

..... الرقم التأميني:

..... الرقم القومي:

بيانات المؤمن عليه

..... الاسم:

..... رقم التليفون:

..... الرقم التأميني:

..... الرقم القومي:

بيانات المنشأة

رقم المنشأة:

..... اسم 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،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: / / ٢٠

..... الاسم:

..... التوقيع:



## إرشادات

### أولاً: الأجر الشامل:

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

### ثانياً: نوع العملة التي تسدد بها الاشتراكات والأقساط ووسائل الدفع:

١- تسدد الاشتراكات للهيئة بالعملة الأجنبية المعلن لها سعراً 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.

رقم المنشأة: 

أسم المنشأة: .....

## طلب تسجيل / تعديل / انتهاء بيانات إجازة خاصة لغير العمل

١	تسجيل بيانات الإجازة	٢	تعديل بيانات الإجازة	٣	تجديد الإجازة	٤	انتهاء 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: 

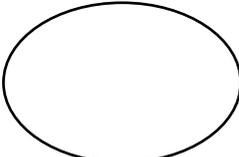
## بيانات الإجازة / التعديل

مميز الإجازة: ( بداية  - نهاية  - تعديل  - تجديد  ) نوع الإجازة / الإجازة الجديدة: .....تاريخ بداية الإجازة: تاريخ نهاية الإجازة: رقم القرار: ..... تاريخ القرار: 

## بيانات الأجر

ملاحظات	نوع الأجر		تاريخ بداية الأجر
	أجر شامل	أجر تأميني	

## الاعتمادات

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

رقم المنشأة: 

أسم المنشأة: .....

**طلب تقسيط إجازة خاصة للعمل بالخارج / إغارة 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 الإجازة**تاريخ بداية الإجازة: تاريخ نهاية الإجازة: تاريخ طلب التقسيط: **إقرار جهة العمل**

تقر ----- بأن المؤمن عليه -----

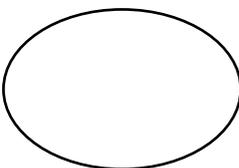
العامل طرفنا قد تقدم بهذا الطلب برغبته في تقسيط الاشتراكات المستحقة عن مدة الإجازة الخاصة

والتي حصل عليها اعتباراً من / / وأن توقيعه على هذا الإقرار صحيح، كما نلتزم باستقطاع

قيمة القسط التي تقوم الهيئة بتحديدده اعتباراً من مرتب شهر / ٢٠.

وهذا إقرار منا بذلك؛

**الاعتمادات**

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

# المقاومات





## طلب اعتراض على النسبة المقدرة من عملية مقاوله

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 المقاوله 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،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لطلب الاعتراض



**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: ..... رقم التليفون: .....

الرقم القومي: .....

**بيانات الطلب**

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

لعملية المقاوله 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،،،**

**توقيع مقدم الطلب**

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لطلب الاعتراض



## 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،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

المزايا

## طلب صرف 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:

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

أقر أنا ----- بصحة البيانات الموضحة بعاليه كما أقر بعدم التحاقى بأي عمل أو مزاوله مهنة بعد

تاريخ آخر يوم بالخدمة الموضح بهذا الطلب.

تحريراً في: ٢٠ / / توقيع المؤمن عليه: .....

## إرشادات

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 نهائياً 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 اشتغال 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.
- هـ. في حالة إلحاق المؤمن عليه الأجنبي بالبعثة الدبلوماسية بسفارة أو قنصلية دولته في جمهورية مصر العربية يرفق بطلب الصرف شهادة تفيد ذلك من وزارة الخارجية المصرية.
- و. في حالة الحكم نهائياً 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 لإتمامها 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.



## إرشادات

- ١- يستوفى هذا النموذج لعمال اليومية ويذكر اسم الراحة (الجمعة - الأحد - إلخ).
- ٢- يحزر 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 وفقاً 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 أولاً 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 بالنسبة 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 توجّهه إلى مأمورية مصلحة خارج دائرة العمل.

### ثانياً: المستندات المطلوبة بالنسبة لأمراض المهنة:

- أ- تقرير إداري معتمد من مدير شؤون العاملين ومختوم يوضح طبيعة عمل المؤمن عليه ومدى تعرضه للإصابة 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.



## إخطار عن وقوع إصابة عمل خارج البلاد

## بيانات مقدم الطلب

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

رقم تأميني: ..... رقم التليفون: .....

الرقم القومي: .....

## بيانات الطلب

نحيطكم علماً بأن السيد / ..... ورقمة التأميني: .....

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

بسبب ..... (اجازة / مأمورية مصلحة)، 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:

- محضر تحقيق عن الحادث (على أن يكون محرراً بمعرفة جهة رسمية باللغة العربية أو مترجماً ترجمة رسمية

إلى هذه اللغة، ومصدقاً عليه من السفارة أو القنصلية المصرية ومعتمداً من وزارة الخارجية).



## إرشادات

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 إضافي وطبيعته والمدة المحددة لأدائه وما تم إنجازه فيها وعمّا إذا كانت تؤدي 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.







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

رقم المنشأة:

اسم المنشأة:

## طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين

## بيانات مقدم الطلب

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

الرقم القومي:

الاسم:

صفة مقدم الطلب:

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

الرقم التأميني:

رقم التليفون:

## بيانات المؤمن عليه أو صاحب المعاش

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

الرقم التأميني:

الاسم:

عنوان المستفيدين:

تاريخ الوفاة: ٢٠ / /

## بيانات القائم بصرف نفقات الجنازة

صله القرابة:

الاسم:

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

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

الرقم التأميني:

الشاهد الأول:

الشاهد الثاني:

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

الرقم القومي:

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

الرقم القومي:

التوقيع:

التوقيع:









## 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 جميعاً 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 كافة بيانات النموذج تمنعك من الوقوع تحت طائلة القانون.

**تفرق** 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 الإيجابية للقيراط إذا كان الدخل من أرض زراعية.
  - د- بيان من الضرائب العقارية إذا كان الدخل من عقار.
  - هـ- بيان بريع الاستثمار إذا كان الدخل من ودائع لدى البنوك.
  - و- بيان معاش إذا كان المعاش مستحق من غير الهيئة.
٢. صور شهادات ميلاد ممكنة لأولاد الأخ أو الأخت أو صور بطاقات الرقم القومي.

يعاقب بغرامة لا تقل عن عشرين ألف جنيه ولا تتجاوز 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 وفقاً لأحكام هذا القانون أو القرارات أو اللوائح المنفذة له مع علمه بذلك (مادة ١٦٦ قانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩)





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: .....

تحريراً في: / / ٢٠

#### توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....





## 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 حالي 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 ،،

مقدمه لسيادتكم

تحريراً في : / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....



## 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: .....

أرجو 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،،

تحريراً في: / / ٢٠

## توقيع مقدمة الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....



### 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

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

بأنني لا أعمل بأي جهة حكومية أو غير حكومية ولا أزاول أي مهنة تجاربه أو غير تجارية -

و(مقيد / غير مقيد) بإحدى النقابات المهنية

و(لا اتقاضى معاش اخر / اتقاضى معاش آخر 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 ومادياً 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: .....



### إقرار

## بعدم زواج البنت أو الأخت منذ الطلاق أو الترميل 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 ومادياً 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: .....



## 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:

ارجو التكرم بصرف المبالغ المستحقة:  معاش موقوف  مبالغ موقوفة أو معلاه

المبالغ المطلوب صرفها عن الفترة: من  إلى

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريراً في: ٢٠ / /

## توقيع مقدم الطلب

الاسم: .....

التوقيع: .....



طلب تحويل للكشف الطبي لإثبات حالة العجز (مريض / 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 <input type="checkbox"/> - لا <input type="checkbox"/> )	سبب الإحالة للجنة العجز: .....
ملخص تقرير لجنة الكشف الطبي الدوري: .....	
.....	
.....	

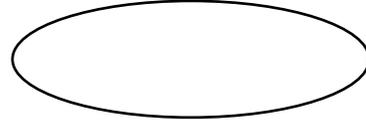
إقرار

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

توقيع المدير المسئول

خاتم المنشأة

.....



السيد الدكتور / مدير: .....

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

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

مدير المكتب

خاتم شعار الجمهورية

تحريرا في: / / ٢٠

.....

(انظر خلفه)

## إرشادات

- 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 إضافي وطبيعته والمدة المحددة لأدائه وما تم إنجازه فيها وعمّا إذا كانت تؤدي في ساعات العمل الأصلية أو الإضافية وتدعم ذلك بالمستندات.
  - ٢- يقدم النموذج من المؤمن عليه أو المدير المسؤول بالمنشأة إلى منطقة أو مكتب التأمين الاجتماعي المختص.
  - ٣- يحزر النموذج من أصل وصورة مرفقاً به المستندات الطبية اللازمة للعرض على اللجنة الطبية (تقارير طبية- تحاليل - ..... إلخ) وبراعى 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 الآتية:
      - أ- إثبات عجز مرضي مستديم.
      - ب- إثبات عجز إصابي مستديم وتحديد نسبته.
      - ج- إعادة 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 المعرضون للإصابة 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 المهنية.
- أو عدم الصلاحية لمزاولة المهنة مع إمكان قيام المؤمن عليه بمزاولة المهنة بمستوى مهاري أدنى.



**طلب التظلم من قرار لجنة الإجهاد والإرهاق 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: .....

أرجو 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: .....









## 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،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريراً في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

# التأمين الصحي



**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 بالتأمين 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،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....

## إرشادات

### أولاً: الفئات المستفيدة:

فئات العاملين لدي الغير الواردة في بند أولاً 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.

# حسابات العملاء



طلب أداء القيمة الحالية للأقساط

صاحب عمل

٢

مؤمن عليه

١

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،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....





خدمة المواطنين

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،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: ٢٠ / /

الاسم: .....

التوقيع: .....

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لشكوى

# الحجز الإداري



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،،،

توقيع مقدم الطلب

تحريرا في: / / ٢٠

الاسم: .....

التوقيع: .....