

إرشادات

(١) على صاحب العمل بالقطاع الخاص أن يرسل هذه الإستمارة من أصل وصورتين بالنسبة لكل من العاملين لديه مع طلب إشتراكه فى الصندوق لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ إلتحاق أى عامل جديد بالعمل لديه سواء كان إلتحاقاً نهائياً أو تحت الإختبار.

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

(٣) التوقيع على هذه الإستمارة بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة بها ولا يجوز لمن وقع عليها أن يعارض فى تلك البيانات أمام الصندوق وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.

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

- أ - من تجاوز سن الستين وأوقف إنتفاعه بتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة .
- ب - العاملون الذين يخضعون لأحكام قانون العمل ممن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة .
- ج - العاملون المدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون فى مشروعات التشغيل الصيفى والخدمة العامة ، ويشترط إعتقاد الإستمارة المحررة لهم من المدير المسئول بالهيئة التى تشرف على التلمذة الصناعية ، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسخة من عقد عمل المتدرب أو المستند المثبت لنوع العمل فى جميع هذه الحالات .
- د - يقتصر إستيفاء الأجر على الفئات التى يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل .

إقرار

اسم المنشأة : رقمها التأمينى :

العنوان :

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

توقيع صاحب العمل

()

٢ - أقر أنا : العامل بالمنشأة عالياً بأن أثبت حالتي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة العامة للتأمين

الصحى وموافاة مكتب التأمينات التابع له المنشأة بالتقرير الطبى عن حالتي الصحية خلال أسبوعين من تاريخ إلتحاقى بالعمل وفى حالة عدم قيامى بذلك فإن صندوق التأمين الإجتماعى للعاملين بقطاع الأعمال العام والخاص لا يكون عليه أدنى إلتزام قانونى بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الإلتحاق بالعمل .

توقيع المؤمن عليه

()