

صندوق التكافل الاجتماعي لأعضاء نادي جمهورية مصر العربية بدولة الإمارات العربية المتحدة

رقم العضوية



التاريخ: / / 2023

استمارة طلب العضوية

السيد رئيس صندوق التكافل الاجتماعي لأعضاء نادي جمهورية مصر العربية المحترم

تحية طيبة وبعد،،،

تفضلوا بقبولي عضواً في صندوق التكافل وقد أطلعت على اللائحة الأساسية وتعديلاتها وأتعهد بالالتزام بما جاء

فيها وفيما يلي بياناتي الشخصية:

الاسم (حسب جواز السفر):

مكان وتاريخ الميلاد:

المهنة : جهة العمل :

العنوان في دولة الامارات ص.ب :

تليفون العمل :

الايمل:

العنوان في جمهورية مصر العربية :

اسم اقرب قريب او صديق بدولة الامارات :

اسم اقرب قريب في جمهورية مصر العربية:

العنوان:

يرجي من العضو الإجابة على الأسئلة الآتية:

1 - هل ترغب ان يعتبر اشتراكك كنوع من الصدقة؟

(أي تتنازل عن حقك في التعويض لصالح الصندوق للصرف في الصدقات او الزكاة). نعم لا

2 - اسم الشخص الذي اقنعك بالاشتراك في صندوق التكافل

يرجي ذكر اسم البنك الذي تتعامل معه

مقدمه

بنك مصر 80302400003024

الحسابات البنكية للصندوق:

صندوق التكافل الاجتماعي لأعضاء نادى جمهورية مصر العربية بدولة الإمارات العربية المتحدة

رقم العضوية



صندوق التكافل الاجتماعي
للأعضاء من جمهورية مصر العربية
ببداية الإمارات العربية المتحدة

المشهر بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية بالقرار الوزاري رقم (484) بتاريخ 1988/7/14

الباب الخامس: العضوية

1-5 تقبل عضوية الصندوق عندما تتوفر الشروط الآتية:

- أ- أن يكون مصري الجنسية ولا يقل عمره عن 18 سنة ومتمتعاً بالأهلية المدنية الكاملة ويقدم بصفة شرعية بالدولة.
- ب- أن يكون العضو محمود السيرة حسن السمعة ولم يسبق الحكم عليه بعقوبة مقيدة للحرية في جريمة ماسة بالشرف والأمانة مالم يكن قد صدر عفو عنها.
- ت- أن يحضر طلب العضوية المعد لذلك وطلب إقرار عن الحالة الصحية وموقع عليها بما يفيد صحة بياناتها علماً بأنه إذا كتبت بيانات غير صحيحة في طلب العضوية أو طلب الإقرار عن الحالة الصحية يترتب عله الحرمان من التعويض والخدمات الآخرين المنصوص عليها باللائحة، ولمجلس الإدارة الحق في قبول العضو أو رفضه.
- ث- أن يوافق مجلس إدارة الصندوق على طلب العضوية وذلك بأن يتلقى العضو رسالة من الصندوق موقعه من رئيس مجلس الإدارة أو من يمثله تفيد بقبوله عضواً في الصندوق وتسوي عضويته من تاريخ الرسالة، علماً بأن قبول العضوية أو رفضها متوقف على قرار مجلس إدارة الصندوق أو من يفوضه من اللجان الفرعية، وحسب الحالة الصحية.
- ج- الاشتراك الشهري يدفع كل شهر بانتظام

2-5 يلتزم العضو بإبلاغ الصندوق كتابة بأي تغيير يطرأ على البيانات التي تقدم بها في نموذج طلب العضوية.

3-5 تجمد العضوية إذا مضي ثلاثة أشهر متتالية دون ان يدفع العضو الاشتراك الشهري ، وذلك بالنسبة للأعضاء الذين تقل مدة عضويتهم عن سنة وينظر في استمرار عضويته بمعرفة مجلس إدارة الصندوق ، مع مراعاة ما سيأتي في البند (4-5).

4-5 لا يتمتع العضو بالتعويضات أو بخدمات الصندوق إذا أسقطت عضويته ، أو إذا ثبت أنه أعطي بيانات غير صحيحة في طلب العضوية أو طلب الإقرار عن الحالة الصحية.

5-5 العضو الذي ينطبق عليه ما جاء في الفترة (3.5) يسقط حقه في الاستفادة من خدمات الصندوق الواردة بالباب التاسع فإذا كان للعضو رصيد بالصندوق فتؤخذ موافقته بخطاب مسجل بعلم الوصول عما إذا كان يرغب في الاستمرار بعقد التأمين من عدمه علي أن تخضع أقساط التأمين من الرصيد، فإذا لم يعترض كتابة خلال عشرة أيام من تاريخ الكتاب فتعتبر موافقته ضمنية ، وتمتد استفادته من التعويضات المنصوص عليها في عقد التأمين فقط وتسقط العضوية كاملة بنفاذ الرصيد.

6-5 تنتهي عضوية المشترك في الصندوق في الحالات الآتية:

- 1 - وفاة العضو
- 2 - امتناع العضو عن سداد الاشتراك الشهري للصندوق مع مراعاة ما جاء بالفقرات (3.5) (5.5)
- 3 - ثبوت أنه أعطي بيانات غير صحيحة عن نفسه.
- 4 - تصرف العضو تصرفاً يري مجلس إدارة الصندوق أنه يتنافى مع أهداف الصندوق وسمعة أعضائه.

7-5 يحق للعضو الانسحاب من الصندوق بطلب كتابي ، ويعتبر الانسحاب نافذاً من تاريخ تقديم الطلب، ويجوز للعضو المنسحب أن يطلب مجدداً منحه العضوية وعليه التقدم بطلب جديد مع وجود توافر شروط العضو وفقاً لما جاء في هذه اللائحة ، ولمجلس الإدارة في هذه الحالة أن ينظر في حاله ويقرر إعادة قبوله من عدمه حسب ظروف الحالة.

التاريخ : / / . الاسم:

صندوق التكافل الاجتماعي لأعضاء نادي جمهورية مصر العربية بدولة الإمارات العربية المتحدة

رقم العضوية



التاريخ: . / /

السيد رئيس صندوق التكافل الاجتماعي بالنادي المصري المحترم

تفضلوا بقبولي عضواً في صندوق التكافل وقد اطلعت على اللائحة الأساسية وأتعهد بالالتزام بما جاء فيها

علي أن يستفيد من عضويتي - يتم اختيار (أ) أو (ب) :

أ- الورثة الشرعيون حسب الشريعة (على أن يقدم إعلام وراثه).

ب- أو الأشخاص الآتية أسمائهم:

1-	النسبة	%
2-	النسبة	%
3-	النسبة	%
4-	النسبة	%
5-	النسبة	%
6-	النسبة	%

العنوان: التليفون:

وتفضلوا بقبول وافر التقدير والاحترام،

مقدمه

الاسم:

التوقيع:

• ترفق صور سارية من الجواز والاقامة والهوية الإماراتية مع صورة شخصية

صندوق التكافل الاجتماعي لأعضاء نادي جمهورية مصر العربية بدولة الإمارات العربية المتحدة

رقم العضوية



إقرار عن الحالة الصحية

اسم الشخص المطلوب قبول عضويته (كما في جواز السفر):

المهنة: _____
العنوان: _____
تاريخ الميلاد: _____
تاريخ العضوية: _____ / _____ / _____
الدخل الشهري: _____ درهم

هل رفض لك أي طلب تأمين حياه أو رفض إعادة سريانه أو أرجئ البت فيه أو صنف بقسط أعلي من القسط العادي أو عدل بأي طريقة ولماذا؟

اسم وعنوان الطبيب الذي تتعالج عنده أو تراجع به بشكل دوري:

يرجي من العضو وضع إشارة بالإجابة بنعم أو لا، وإذا كانت الإجابة بنعم يرجى كتابة التفاصيل خلف الاستمارة

نعم لا

1 - هل تشارك في نشاطات خطيرة؟ هل تنوي الطيران فيما عدا كمسافر على خطوط جوية منتظمة؟

2 - هل تعاني أو عانيت من أي مرض مذكور أدناه أو من أي عوارض صحية لها علاقة بالأمراض التالية:

أ- سرطان أو ورم، أي مرض في الرئة، سل، سكري، أو أي مرض في الدماغ؟

ب- أمراض الدم أو ما يتعلق بعضلة القلب أو صمامات القلب، وارتفاع في ضغط الدم أو تصلب الشرايين أو أي مرض يتعلق بالشرايين وحركة الدم بها؟

ت- قرحة في المعدة، أو أي مرض (غير عارض) في المعدة، أو الأمعاء، أو أمراض الكبد، أو المرارة، أو البنكرياس؟

ث- مرض (غير عارض) في مجري البول، الحالب، أو المثانة، أو البروستات، مرض كلوي، أو زلال في البول؟

3 - هل احتجت خلال الخمس سنوات الماضية لفحص تخطيط دماغ، أو قلب، أو شرايين، أو فحص داخلي بالمنظار أو فحص مقطعي بالكمبيوتر، أو فحص مقطعي مغناطيسي؟

4 - هل قمت بفحص الايدز؟

5 - هل أعلمت بوجود فيروس نقص المناعي البشري في الدم؟

أقر بأن جميع البيانات المدونة في التصريح أعلاه صحيحة حسب كامل معرفتي، وأوافق على أن يكون هذا هو الأساس للقبول في صندوق التكافل الاجتماعي، بموجب هذا البرنامج كما أنني أفوض أي طبيب أو أي مستشفى أو عيادة لديه سجلات أو معلومات عني أو عن صحتي بإعطاء صندوق التكافل أي أو جميع المعلومات المتعلقة بخصوص حالتي الصحية وأي صورة من هذا التفويض تعتبر وتعامل على أنها أصلية.

التوقيع:

التاريخ: _____ / _____ / _____