

## الهيئة القومية للتأمين الاجتماعى

قرار رقم ٤٤٧٥ لسنة ٢٠٢٢

الصادر بتاريخ ١٠/٥/٢٠٢٢

بشأن تحديد بيانات شهادة ثبوت عجز المؤمن عليه (مرضى / إصابى)

والابن أو الأخ عن الكسب

### رئيس الهيئة

بعد الاطلاع على قانون نظام العاملين بالقطاع العام الصادر بالقانون

رقم ٤٨ لسنة ١٩٧٨ ؛

وعلى قانون شركات قطاع الأعمال الصادر بالقانون رقم ٢٠٣ لسنة ١٩٩١ ؛

وعلى قانون العمل الصادر بالقانون رقم ١٢ لسنة ٢٠٠٣ ؛

وعلى قانون الخدمة المدنية الصادر بالقانون رقم ٨١ لسنة ٢٠١٦

ولائحته التنفيذية ؛

وعلى قانون نظام التأمين الصحى الشامل الصادر بالقانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ ؛

وعلى قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات الصادر بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩ ؛

وعلى قرار رئيس الجمهورية رقم ٣٩٢ لسنة ٢٠٢٠ بتشكيل مجلس إدارة الهيئة

القومية للتأمين الاجتماعى ؛

وعلى قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٢٤٣٧ لسنة ٢٠٢١ بإصدار اللائحة التنفيذية

لقانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات الصادر بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩ ؛

وعلى موافقة الهيئة العامة للتأمين الصحى ؛

وعلى موافقة الهيئة العامة للتأمين الصحى الشامل ؛

وعلى موافقة مجلس إدارة الهيئة القومية للتأمين الاجتماعى بجلسته رقم (٥)

المنعقدة بتاريخ ٩/٢٢/٢٠٢٢ ؛

**قـرـر :****( المادة الأولى )**

تثبت حالات عجز المؤمن عليه المنصوص عليها بالبندين رقمى (١٢ ، ١٣) من المادة (١) من قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات المشار إليه بشهادة تصدر من الهيئة المعنية بالتأمين الصحى على النموذج رقم (١) المرفق ، وتثبت حالات عجز المؤمن عليه المنصوص عليها بالبند (١٥) من ذات المادة بشهادة تصدر من الهيئة المعنية بالتأمين الصحى على النموذج رقم (٢) المرفق .

كما تثبت حالات عجز الابن أو الأخ عن الكسب المنصوص عليها بالبند (١٨) من ذات المادة بشهادة تصدر من الهيئة المعنية بالتأمين الصحى على النموذج رقم (٣) المرفق .

**( المادة الثانية )**

يُنشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ، ويعمل به اعتباراً من تاريخ صدوره .  
رئيس الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

**لواء/ جمال عوض محمود**



الهيئة المعنية بالتأمين الصحي  
لجنة

نموذج رقم: (٢)

**شهادة ثبوت عجز المؤمن عليه (إصابي)**

تحرر بمعرفة لجنة إصدار شهادة العجز: ..... تاريخ جلسة الكشف / /

اسم المؤمن عليه: ..... تاريخ الميلاد: / /

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

الرقم القومي:

الرقم التأميني:

تاريخ الإصابة / / تاريخ ورقم الإخطار: .....

وصف الإصابة: .....

المهنة: .....

تاريخ انتهاء الخدمة: / / سبب ترك الخدمة: .....

اسم صاحب العمل: .....

حكومي / عام / خاص: ..... رقم اشتراك صاحب العمل: .....

**مدة العلاج:**

من: إلى: من: إلى: من: إلى:

من: إلى: من: إلى: من: إلى:

من: إلى: من: إلى: من: إلى:

**الإصابات السابقة إن وجدت:**

**وصف وتشخيص الحالة المسببة للعجز الإصابي:**

.....

.....

.....

.....

.....

**قرار اللجنة:** الحالة عجز إصابي مستديم (كامل / جزئي): .....

نسبة العجز الإصابي المستديم بالأرقام ( % ) بالكتابة (.....)

نسبة العجز الإصابي المستديم بالأرقام عن إصابات سابقة ( % ) بالكتابة (.....)

**مجموع نسب الإصابات بالأرقام:** ( % ) بالكتابة (.....)

تاريخ ثبوت العجز: / /

**أعضاء اللجنة:**

خاتم الكود

..... ١

خاتم الكود

..... ٢

تحريراً في ...../...../.....

رئيس اللجنة

خاتم شعار الجمهورية

توقيع المؤمن عليه باستلام الإخطار



الهيئة المعنية بالتأمين الصحي  
 لجنة .....  
 نموذج رقم: ( ٣ )  
 رقم المسلسل: ( )  
 تاريخ الجلسة: ٢٠ / /

### شهادة (ثبوت / عدم ثبوت) عجز الابن أو الأخ عن الكسب

الاسم: ..... تاريخ الميلاد: / /

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

الرقم القومي:

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

الرقم التأميني:

سبب نشأة العجز: (بالميلاد - حادث - مرض) تاريخ نشأة العجز: / / ٢٠

### قرار اللجنة:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

نعم لا

- هل الحالة المرضية قبل سن الستين وينطبق عليها البند ١٨ من المادة (١) من قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات الصادر بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩؟ ( ) ( )
- هل الحالة المرضية تمنعه من صرف المعاش بنفسه؟ ( ) ( )
- هل الحالة تحتاج إلى إعانة مرافق (في حالة الابن فقط)؟ ( ) ( )
- هل الحالة تستحق المدة البيئية بين القرار رقم ( ) بتاريخ / / حتى تاريخ الجلسة؟ ( ) ( )

أعضاء اللجنة:

خاتم الكود
خاتم الكود

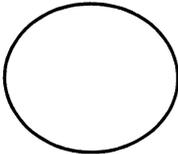
١. ....

٢. ....

تحريراً في ...../...../.....

خاتم شعار الجمهورية

رئيس اللجنة:



.....

## إرشادات

- ١- يستخدم هذا النموذج لتحديد حالات العجز للابن أو الأخ الذى يتقدم بطلب للحصول على معاش أحد والديه أو أحد إخوته وفقاً للبند (١٨) من المادة (١) من قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات الصادر بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩
- ٢- حدد قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات العاجز عن الكسب بأنه "كل شخص مصاب بعجز يحول كلية بينه وبين العمل أو ينقص قدرته على العمل بواقع (٥٠٪) على الأقل ويشترط أن يكون هذا العجز ناشئاً بالميلاد أو نتيجة حادث أو مرض يصاب به الشخص قبل سن الستين".
- ٣- يراعى عدم الكشف الطبى على أى شخص إلا بناءً على طلب من أحد مناطق / مكاتب الهيئة فقط ولا يتم الكشف بناءً على طلب من صاحب الشأن دون الرجوع ( للمنطقة / المكتب) المختص أولاً .
- ٤- يراعى استيفاء بيانات النموذج جميعها وعدم ترك أى بيان بدون استيفائه ، وخاصة الإجابة على الأسئلة بعبارتى (نعم / لا) .
- ٥- يراعى الإجابة عن مدى الاستحقاق عن المدة البيئية من عدمه فى حالة إرفاق قرار ثبوت العجز السابق أو الاستفسار عن المدة البيئية فى طلب العرض المرسل من المنطقة / المكتب التأمينى .
- ٦- يراعى بحث مدى حاجة المستحق لإعانة عجز مرافق إذا كان ابن لصاحب المعاش .