



نموذج اشتراك معاق للتسجيل طبقاً لأحكام تأمين الباب الخامس

بصفتي صاحب معاش إعاقة طبقاً لأحكام القانون رقم (8 لسنة 2010) في شأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، أتقدم بطلب تسجيلي في تأمين الباب الخامس من قانون التأمينات الاجتماعية وأقر بأنني على علم تام بالآتي:

1. يترتب على تسجيلي في تأمين الباب الخامس إيقاف معاش الإعاقة المصروف لي من الهيئة العامة لشؤون ذوي الإعاقة.
2. عدم استحقاق معاش تقاعدي عن اشتراكي بهذا التأمين في حالة انتهاء الاشتراك بسبب ذات الإعاقة التي أستحق عنها معاش الإعاقة وفقاً للمادة (43) من القانون رقم (8) لسنة 2010.
3. لا يجوز لي الجمع بين المعاش التقاعدي ومعاش الإعاقة، ويتم صرف المعاش الأفضل في حال استحقاق المعاشين.

تاريخ تقديم الطلب:	
الاسم:	
الرقم المدني:	
شريحة الدخل:	
العنوان:	
رقم الهاتف:	
البريد الإلكتروني:	

إقرار

أقر بصحة البيانات المدونة أعلاه وأرغب في أن يتم اخطاري بكافة المراسلات والإعلانات من خلال الرسائل النصية (SMS) أو العنوان أو البريد الإلكتروني المذكورين أعلاه وفقاً لما تراه المؤسسة مناسباً وأن أي اخطار عليهم يعتبر صحيحاً ما لم أخطر المؤسسة رسمياً وكتابياً بتغييرهم أو عدم رغبتني بالخدمة الإلكترونية.

الاسم	
التوقيع	