

# صندوق التكافل الاجتماعي لأعضاء نادى جمهورية مصر العربية

بدولة الإمارات العربية المتحدة

هاتف : 04/3369030 فاكس : 04/3369030 ص.ب. : 25936 دبی

E.mail : [takaful.misr@hotmail.com](mailto:takaful.misr@hotmail.com)

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



## استمارة طلب العضوية

\*\*\*\*

التاريخ / / رقم العضويه

السيد رئيس صندوق التكافل الاجتماعي لأعضاء نادى جمهورية مصر العربية المحترم

تحية طيبة،،، وبعد.

أرجو قبولي عضوا في مشروع التكافل وقد اطلعت علي القانون الاساسي وتعديلاته وأتعهد بالالتزام بما جاء فيه وفيما يلي بياناتي الشخصية:

الاسم ( حسب جوازالسفر) :

مكان وتاريخ الميلاد :

المهنة : جهة العمل :

العنوان في دولة الامارات :ص.ب فاكس رقم :

تليفون المنزل : تليفون العمل :

هاتف متحرك :

العنوان في جمهورية مصر العربية:

اسم اقرب قريب او صديق بدولة الامارات : تليفون :

اسم اقرب قريب في جمهورية مصر العربية :

العنوان : تليفون :

يرجى من العضو الاجابة على الاسئلة الآتية :

1- هل ترغب ان يعتبر اشتراكك كنوع من الصدقة  
اي تتنازل عن حقلك في التعويض لصالح الصندوق (للسرف في الصدقات أو الزكاة)

2- ( أ ) - هل ترغب فاستثمار اموالك في ودائع مصرفية ؟ نعم  لا

( ب ) - هل ترغب في استثمار اموالك في عوائد استثمار إسلامية ؟ نعم  لا

3 - اسم الشخص الذى أقتعك بالاشتراك فى التكافل

يرجى ذكر اسم البنك الذى تتعامل معه ( )

أنظر خلفه

مقدمه

# صندوق التكافل الإجتماعى لأعضاء نادى جمهورية مصر العربية

## بدولة الإمارات العربية المتحدة



عضويه رقم



المشهر بوزارة العمل والشؤون الإجتماعية بالقرار الوزارى رقم ( 484 ) بتاريخ 1998/7/14

### الباب الخامس : العضويه

1.5 : تقبل عضويه الصندوق عندما تتوفر الشروط الآتية :

- أ . أن يكون مصرى الجنسيه ولا يقل عمره عن 18 سنه ومتمتعاً بالأهلية المدنيه الكامله ويقدم بصفه شرعيه بالدوله .
- ب . أن يكون العضو محمود السيره حسن السمعه ولم يسبق الحكم عليه بعقوبه مقيدده للحريه فى جريمه ماسه بالشرف والأمانه مالم يكن قد صدر عفو عنها .
- ج . أن يحرر طلب العضويه المعد لذلك وطلب إقرار عن الحاله الصحيه وموقع عليها بما يفيد صحه بياناتهما ، علماً بأنه إذا كتبت بيانات غير صحيحه فى طلب العضويه أو طلب الإقرار عن الحاله الصحيه يترتب عليه الحرمان من التعويض والخدمات الأخرى المنصوص عليها باللانحه ، ولمجلس الإداره الحق فى قبول العضو أو رفضه .
- د . أن يوافق مجلس إدارة الصندوق على طلب العضويه وذلك بأن يتلقى العضو رساله من الصندوق موقعه من رئيس مجلس الإداره أو من يمثله تفيد بقبوله عضواً فى الصندوق وتسرى عضويته من تاريخ الرساله ، علماً بأن قبول العضويه أو رفضها متوقف على قرار مجلس إدارة الصندوق أو من يفوضه من اللجان الفرعيه ، وحسب الحاله الصحيه .

هـ . أن يدفع رسم العضويه ويدفع مرة واحده ، والإشتراك الشهري ويدفع كل شهر بانتظام .

2.5 : يلتزم العضو بإبلاغ الصندوق كتابه بأى تغيير يطرأ على البيانات التى تقدم بها فى نموذج طلب العضويه.

3.5 : تجمد العضويه إذا مضى ثلاثة أشهر متتاليه دون أن يدفع العضو الإشتراك الشهري ، وذلك بالنسبه

للأعضاء الذين تقل مدة عضويتهم عن سنه ، وتجمد بعد ستة أشهر لمن تزيد مدة عضويتهم عن سنه

وينظر فى استمرار عضويته بمعرفة مجلس إدارة الصندوق ، مع مراعاة ماسياتى فى البند ( 4.5 ) مكرر .

4.5 : لا يتمتع العضو بالتعويضات أو بخدمات الصندوق أو بعائد الإستثمار إذا أسقطت عضويته ، أو إذا ثبت أنه أعطى بيانات غير صحيحه فى طلب العضويه ، أو طلب الإقرار عن الحاله الصحيه .

4.5 ( مكرر ) العضو الذى ينطبق عليه ماجاء بالفقره ( 3.5 ) يسقط حقه فى الإستفاده من خدمات الصندوق الوارده بالبواب

التاسع فإذا كان للعضو رصيد بالصندوق فتؤخذ موافقته بخطاب مسجل يعلم الوصول عما إذا كان يرغب فى الإستمرار

بعقد التأمين من عدمه على أن تخضع أقساط التأمين من الرصيد ، فإذا لم يعترض كتابه خلال عشرة أيام من تاريخ

الكتاب ، فتعتبر موافقته ضمنيه ، وتمتد استفادته من التعويضات المنصوص عليها فى عقد التأمين فقط وتسقط

العضويه كامله بنفاذ الرصيد .

5.5 : تنتهى عضويه المشترك فى الصندوق فى الحالات التاليه :

1. وفاة العضو .

2. إمتناع العضو عن سداد الإشتراك الشهري للصندوق مع مراعاة ماجاء بالفقرات ( 3.5 ) ، ( 4.5 ) مكرر

3. إنتهاء خدمة العضو فى دولة الإمارات العربية المتحدة حتى ولو احتفظ بالإقامه .

4. ثبوت أنه أعطى بيانات غير صحيحه عن نفسه .

5. تصرف العضو تصرفاً يرى مجلس إدارة الصندوق أنه يتنافى مع إهداف الصندوق وسمعة أعضائه .

7.5 : يحق للعضو الإنسحاب من الصندوق بطلب كتابى ، ويعتبر الإنسحاب نافذاً من تاريخ تقديم الطلب ، ويجوز للعضو

المنسحب أن يطلب العضو مجدداً منحه العضويه وعليه فى هذه الحاله التقدم بطلب جديد مع وجوب توافر شروط

العضو وفقاً لما جاء فى هذه اللانحه ، ولمجلس الإداره فى هذه الحاله أن ينظر فى حاله ويقرر إعادة قبوله

من عدمه حسب ظروف الحاله .

..... : الإسم

...../...../..... : التاريخ

..... : التوقيع

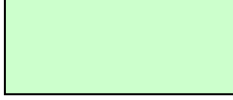
صندوق التكافل الإجتماعي لأعضاء نادي جمهورية مصر العربية

بدولة الإمارات العربية المتحدة

ص.ب. : 25936 دبي

فاكس : 04/3369030

هاتف : 04/3369030



عضوية رقم

التاريخ : ...../...../.....

المحترم

السيد رئيس صندوق التكافل الاجتماعي بالنادي المصري

تحية طيبة ،،، وبعد

ارجو قبولي عضوا في صندوق التكافل وقد اطلعت علي القانون الاساسي واتعهد بالالتزام بما جاء فيه

علي ان يستفيد من عضويتي - يتم الاختيار بين ( أ ) أو ( ب ) :

أ- الورثة الشرعيون حسب الشريعة ( علي ان يقدم اعلام وراثه).

ب- أو الاشخاص الاتية اسمائهم :

1. .... النسبة : ..... %
2. .... النسبة : ..... %
3. .... النسبة : ..... %
4. .... النسبة : ..... %
5. .... النسبة : ..... %
6. .... النسبة : ..... %

العنوان :

تليفون : .....

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام ؛؛

مقدمه

الاسم :

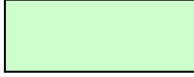
التوقيع :

ملحوظة : ترفق صورته من جواز السفر + صورته شخصية + بطاقة الهوية

%%%%%%%%%

# صندوق التكافل الإجتماعى لأعضاء نادى جمهورية مصر العربية

## بدولة الإمارات العربية المتحدة



عضويه رقم



ص.ب 25936 دبی

فاكس : 04/3369030

هاتف : 04/3369030

### إقرار عن الحالة الصحية

إسم الشخص المطلوب قبول عضويته :  
.....  
( كما فى الوثائق الرسميه )  
المهنة : .....  
العنوان : .....  
تاريخ الميلاد : .....  
تاريخ العضويه : .....  
هل رفض لك أى طلب تأمين حياه أو رفض إعادة سريانه أو أرجئ البت فيه أو صنف بقسط أعلى من القسط العادى أو عدل بأى طريقه ولماذا ؟  
.....  
.....

إسم وعنوان الطبيب الذى تتعالج عنده أو تراجع به بشكل دورى :  
.....  
.....

- إرسم دائره حول المرض إذا كانت الإجابة ( نعم ) واعط التفاصيل على خلف الصفحه .
- |    |     |       |
|----|-----|-------|
| لا | نعم | ..... |
|----|-----|-------|
- 1- هل تشارك أو تنوى أن تشارك فى نشاطات خطره ؟ هل تنوى الطيران فيما عدا كمسافر على خطوط جويه منتظمه ؟  
.....
- 2- هل تعاني أو عانيت من أى مرض مذكور أدناه أو من أى عوارض صحيه لها علاقه بأحد الأمراض التاليه ؟  
.....
- أ ( سرطان أو ورم ، أى مرض فى الرئه ، سل ، سكرى أو أى مرض فى الدماغ ؟  
ب) أمراض الدم أو مايتعلق بعضلة القلب أو صمامات القلب ، ارتفاع فى ضغط الدم أو تصلب الشرايين أو أى مرض يتعلق بالشرايين وحركة الدم بها ؟  
ج ( قرحة فى المعده ، أو أى مرض ( غير عارض ) فى المعده أو الأمعاء ، أو أمراض الكبد أو المراره أو البنكرياس ؟  
د ( مرض ( غير عارض ) فى مجرى البول ، الحالب أو المثانه أو البروستات ، مرض كلوى أو زلال أو دم فى البول ؟
- 3- هل احتجت خلال الخمس سنوات الماضيه لفحص تخطيط دماغ أو قلب أو شرايين أو فحص داخلى بالمنظار أو فحص مقطعى بالكمبيوتر ، أو فحص مقطعى مغناطيسى ؟  
.....
- 4- هل قمت بفحص الإيدز ؟  
.....
- 5- هل أعلمت بوجود فيروس نقص المناعى البشرى فى الدم ؟  
.....

... أقر بأن جميع البيانات المدونه فى التصريح أعلاه صحيحة حسب كامل معرفتى ، وأوافق على أن يكون هذا هو الأساس للقبول فى صندوق التكافل الإجتماعى ، بموجب هذا البرنامج ، كما أننى أفوض أى طبيب أو أى مستشفى أو عياده لديه سجلات أو معلومات عنى أو عن صحتى بإعطاء صندوق التكافل أى وجميع المعلومات المتعلقة بخصوص حالتى الصحيه .  
- أى صورته عن هذا التفويض تعتبر وتعامل كأنها أصليه .

التوقيع : ..... / ..... / ..... التاريخ : .....