

مادة (٣) : يعمل بهذا القرار إعتباراً من ١ مارس ١٩٩٦م وينشر في الجريدة الرسمية .

أحمد بن محمد بن سالم العيسائي

وزير الشؤون الاجتماعية والعمل

صدر في : ١٦ من جمادى الأولى ١٤١٧ هـ

الموافق : ٢٩ من سبتمبر ١٩٩٦ م

نشر هذا القرار في الجريدة الرسمية رقم (٥٨٥)
الصادرة في ١٥/١٠/١٩٩٦م

قرار وزاري

رقم ٩٦/١٠٧

إستناداً إلى قانون التأمينات الاجتماعية الصادر بالمرسوم السلطاني رقم ٩١/٧٢ وتعديلاته .

وإلى موافقة مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية بالاجتماع رقم ٩٦/٤ بتاريخ ٢١

ربيع الآخر ١٤١٧ هـ الموافق ٩/٤/١٩٩٦م .

وبناءً على ما تقتضيه المصلحة العامة .

تقرر

مادة (١) : يكون سريان أحكام فرع التأمين ضد اصابات العمل والامراض المهنية على العمال

العُمانيين إعتباراً من أول يناير ١٩٩٧م .

مادة (٢) : يعمل بالنماذج المرافقة لهذا القرار في شأن تنفيذ أحكام فرع التأمين المشار إليه في

المادة السابقة .

مادة (٣) : ينشر هذا القرار في الجريدة الرسمية .

أحمد بن محمد بن سالم العيسائي

وزير الشؤون الاجتماعية والعمل

صدر في : ٣٠ من جمادى الأولى ١٤١٧ هـ

الموافق : ١٣ من أكتوبر ١٩٩٦ م

نشر هذا القرار في الجريدة الرسمية رقم (٥٨٦)
الصادرة في ٢/١١/١٩٩٦م

نموذج رقم (١٧) تأمينات إجتماعية

رقم الملف الطبي :

Med.File No :

إخطار عن إصابة عمل أو مرض مهني
تنفيذاً لنص المادة (٤٧) من قانون التأمينات الاجتماعية

إسم صاحب العمل :
عنوانه :
رقم اشتراك صاحب العمل :

إسم المؤمن عليه رباعياً :
عنوانه :
رقم التأمين الثابت للمؤمن عليه :

Permanent Insurance No :

مهنة المؤمن عليه الأصلية :
مكان حدوث الإصابة : ساعة حدوثها :
تاريخ حدوث الإصابة أو اكتشاف المرض المهني :
نوع الإصابة :
موجز عن الحادث وظروفه :

الجهة التي نقل إليها المصاب للعلاج :
اجر المؤمن عليه الخاضع للاشتراك يوم وقوع الحادث :
الإصابات السابقة (إن وجدت) وتاريخ حدوثها :

أسماء وعناوين أى من أقارب المؤمن عليه المعروفين بالسلطنة :
رقم الهاتف :

التاريخ : / / ١٩٩٩ م
توقيع : صاحب العمل أو المشرف على العمل
والخاتم الرسمي للمنشأة

- ملحوظة : يحضر هذا الإخطار من أصل وثلاث صور يتبع بشأنها مايلي :
- ١ - يرسل الأصل إلى الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية خلال (٢٤) ساعة من تاريخ العلم بوقوع الإصابة .
 - ٢ - تسلم الصورة الحمراء للمؤمن عليه أو لمرافقة لتسليمها إلى جهة العلاج المختصة .
 - ٣ - ترسل الصورة الخضراء إلى قسم الشرطة المختص لاتخاذ مايلزم وفقاً لنص المادة (٤٨) من قانون التأمينات الاجتماعية .
 - ٤ - يحتفظ صاحب العمل بالصورة الصفراء بملف التأمينات الاجتماعية الخاص بالمؤمن عليه المصاب .

نموذج رقم (١٨) تأمينات إجتماعية

رقم الملف الطبي :

Med.File No :

تقرير طبي اولي

عن حالة إصابة عمل او مرض مهني

إسم المؤمن عليه المصاب رياعياً :

مهنته الاصلية :

رقم التأمين الثابت للمؤمن عليه :

Permanent Insurance No :

عنوانه :

رقم اشتراك صاحب العمل :

إسم جهة العلاج : مركز صحي / مستشفى :

تاريخ حدوث الإصابة :

وصف حالة الإصابة أو المرض المهني :

Description of Employment Injury / Occupational Disease :

تاريخ أول مناظرة للمؤمن عليه :

توقيع : الطبيب المختص

وخاتم جهة العلاج

التاريخ : / / ١٩٩٩ م

ملحوظة : يحرر هذا التقرير من أصل وصورتين :

١ - يرسل الأصل فوراً إلى الهيئة العامة للتأمينات الإجتماعية .

٢ - ترسل الصورة الصفراء إلى صاحب العمل .

٣ - تحتفظ جهة العلاج بالصورة الحمراء بملف الإصابة .

نموذج رقم (١٩) تأمينات إجتماعية

رقم الملف الطبي :

Med.File No :

بطاقة تردد على جهة العلاج
بسبب إصابة عمل أو مرض مهني

إسم المؤمن عليه رباعياً : مهنته :
عنوانه :
رقم التأمين الثابت للمؤمن عليه :
تاريخ حدوث الإصابة أو المرض المهني :
إسم صاحب العمل :
عنوانه :
رقم إشترك صاحب العمل :

إسم جهة العلاج : مركز صحي / مستشفى :
وصف حالة الإصابة :

Description of Employment Injury / Occupational

Disease :

مواعيد ونتائج التردد على جهة العلاج

تاريخ الملاحظة	المدة المعتمدة للإنقطاع عن العمل للعلاج		وسيلة الانتقال عامة / خاصة	توقيع الطبيب المختص	ملاحظات
	من	إلى			
1999 / /	1999 / /	1999 / /			

الخاتم الرسمي لجهة العلاج

ملحوظة :

- ١ - يحصر هذا النموذج من جانب جهة العلاج عند أول زيارة من أصل وصورة ويجب على المؤمن عليه المصاب الاحتفاظ بهذه البطاقة بحالة جيدة وعدم تغيير بياناتها بالكشط أو بالاضافة وأن يقدمها إلى جهة العلاج عند كل زيارة وإلى الهيئة كلما طلب منه ذلك .
- ٢ - تحتفظ جهة العلاج بصورة طبق الأصل من هذه البطاقة ضمن ملف الإصابة الخاص بالمؤمن عليه .
- ٣ - يمكن لجهة العلاج استخدام بطاقة إضافية أخرى إذا لزم الأمر ، على أن ترفق مع البطاقة الأصلية مع التأشير عليها بما يفيد ذلك وأن يحتفظ أيضاً بصورة منها بملف الإصابة .

نموذج رقم (٢٠) تأمينات إجتماعية

رقم الملف الطبي :

Med.File No :

**إخطار بإنهاء العلاج
والعودة لتسلم العمل**

إسم المؤمن عليه رباعياً :

رقم التأمين الثابت للمؤمن عليه :

Permanent Insurance No :

إسم صاحب العمل :

عنوانه :

رقم اشتراك صاحب العمل :

إسم جهة العلاج : مركز صحي / مستشفى :

تاريخ حدوث الإصابة / المرض المهني :

تاريخ انتهاء العلاج : تاريخ العودة للعمل

نتيجة العلاج (شفاء / عجز / وفاة) :

هل يحتاج المؤمن عليه إلى إعادة المناظرة وتاريخها :

عدد أيام التخلف عن العمل للعلاج بسبب الإصابة : بالعيادة الداخلية : بالعيادة الخارجية :

مجموع عدد أيام التخلف عن العمل بسبب إصابة العمل :

توقيع : الطبيب المختص

وخاتم جهة العلاج

التاريخ : / / ١٩٩٩م

توقيع المؤمن عليه بالعلم ويتسلمه صوره من هذا الإخطار : التاريخ :

ملحوظة (١) : يحزر هذا الإخطار من أصل وثلاث صور :

١ - يرسل الأصل إلى الهيئة العامة للتأمينات الإجتماعية .

٢ - ترسل الصورة الصفراء إلى صاحب العمل .

٣ - تسلم الصورة الخضراء للمؤمن عليه المصاب .

٤ - تحفظ الصورة الحمراء بملف الإصابة لدى جهة العلاج .

ملحوظة (٢) : يجوز للمؤمن عليه المصاب أن يطلب من الهيئة إعادة النظر في قرار جهة العلاج خلال إسبوع من

تاريخ الإخطار بإنهاء العلاج أو العودة للعمل على النموذج المعد لهذا الغرض .

نموذج رقم (٢١) تأمينات إجتماعية

رقم الملف الطبي :

Med.File No :

شهادة بتقدير العجز الدائم ونوعه ودرجته

الناتج عن إصابة عمل أو مرض مهني

..... اللجنة الطبية :
..... إسم المؤمن عليه رباعياً :
..... عنوانه :
..... رقم التأمين الثابت :
Permanent Insurance No :
..... مهنته الأصلية :
.....
..... إسم صاحب العمل :
..... عنوانه :
..... رقم اشتراكه :
.....
..... تاريخ حدوث الإصابة أو المرض المهني :
..... نسبة العجز المستديم المتخلف عن الإصابة (إن وجد) :
..... تاريخ ثبوت العجز/ أو حدوث الوفاة) :
..... هل الإصابة نتيجة لانتكاس الإصابة السابقة أو مضاعفة لها :
..... هل سبق أن لحقت بالمصاب إصابات عمل / تاريخ كل منها : ١ -
..... ٢ - ٣ - ٤ -
..... مجموع نسب العجز المستديم المتخلف عن الإصابة الحالية والإصابات السابقة :
..... التاريخ المحدد لاعادة الفحص الطبي الدوري إن رأت اللجنة ذلك :
..... توقيع أعضاء اللجنة الطبية المختصة :
..... ١ - ٢ - ٣ -
..... توقيع المؤمن عليه بالعلم :
..... التاريخ :

الخاتم الرسمي لجهة العلاج

التاريخ : / / ١٩٩م

ملحوظة (١) : يحزر هذا النموذج من أصل وثلاث صور :

يرسل الاصل إلى الهيئة وتسلم الصورة الخضراء للمؤمن عليه وترسل الصورة الصفراء إلى صاحب العمل للاحتفاظ بها بملف المؤمن عليه ويحتفظ بالصورة الحمراء بملف المؤمن عليه بأمانة اللجنة الطبية .

ملحوظة (٢) : يجوز للمؤمن عليه أن يطلب من الهيئة إعادة النظر في قرار اللجنة الطبية بعدم ثبوت العجز أو بتقدير نسبته خلال شهر من تاريخ العلم بقرار اللجنة بشرط إرفاق شهادة طبية مؤيدة لوجهة نظره .

نموذج رقم (٢٢) تأمينات إجتماعية

رقم الملف الطبي :

Med.File No :

شهادة بنتيجة الفحص الطبي الدوري

(الأول / الثاني / الثالث / الرابع / الخامس)

في حالة تخلف عجز مستديم ناتج عن إصابة عمل أو مرض مهني

اللجنة الطبية المختصة بجهة :

إسم المؤمن عليه المصاب رياعياً : رقم التأمين الثابت :

Permanent Insurance No :

عنوانه :

إسم صاحب العمل : رقم الاشتراك :

عنوانه :

تاريخ حدوث الإصابة والمرض المهني :

وصف الإصابة :

Description of Employment Injury / Occupational Disease :

تاريخ ثبوت العجز المقدر بمعرفة اللجنة الطبية المختصة :

نسبة العجز المتخلف عن الإصابة :

التاريخ المحدد لإعادة الفحص الطبي :

نسبة العجز المقدر عند إعادة الفحص الطبي :

التاريخ المحدد لإعادة الفحص الطبي :

توقيع اللجنة الطبية المختصة :

١ - ٢ - ٣ -

الخاتم الرسمي لجهة العلاج

التاريخ : / / ١٩٩م

ملحوظة (١) : لايجوز إعادة التقدير بعد إنتهاء أربع سنوات من تاريخ ثبوت العجز .
ملحوظة (٢) : على جهة العلاج عند صدور قرار اللجنة الطبية المختصة بإعادة الفحص الطبي أن تخطر فوراً - في كل مرة - الهيئة والمؤمن عليه وصاحب العمل بنتيجة الفحص الطبي نظراً لما يترتب على ذلك من آثار

هامة .

نموذج رقم (٢٢) تأمينات إجتماعية

رقم الملف الطبي :

Med.File No :

طلب إعادة النظر في قرار جهة العلاج
بالقدرة على العمل وإنهاء العلاج

المحترم

الفاضل / مدير دائرة المستحقات التأمينية
الهيئة العامة للتأمينات الإجتماعية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ... وبعد

نظراً لأن جهة العلاج (مركز صحي / مستشفى) قد قررت إنتهاء
علاجي من إصابة العمل والعودة لتسلم العمل إعتباراً من / / ١٩٩٠ م .
ولما كنت مازلت أعاني من اثر الإصابة واحتاج إلى مزيد من العلاج والراحة - لذا فإنني أطلب إخطار جهة العلاج
لإعادة النظر في هذا القرار وأن يبين حالتي كالاتي :

الإسم رباعياً : رقم التأمين الثابت :

Permanent Insurance No :

العنوان : رقم الهاتف :

المهنة :

تاريخ حدوث الإصابة :

تاريخ إنتهاء العلاج : تاريخ العوده للعمل :

الشهادة الطبية المؤيدة للطلب :

إسم صاحب العمل : رقم الإشتراك :

عنوانه :

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام ...

توقيع : المؤمن عليه المصاب

التاريخ : / / ١٩٩٠ م

لأستعمال الهيئة العامة للتأمينات الإجتماعية

المحترم

الفاضل / الدكتور مدير مركز صحي / مستشفى

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ... وبعد

نحيل إليكم طلب المؤمن عليه المذكور للإيعاز بإتخاذ اللازم وإخطار كل من المؤمن عليه وصاحب العمل
والهيئة بالنتيجة .

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام ...

مدير دائرة المستحقات التأمينية

التاريخ : / / ١٩٩٠ م

((رأي جهة العلاج))

توقيع الطبيب المختص

والخاتم الرسمي لجهة العلاج

التاريخ : / / ١٩٩٠ م

نموذج رقم (٢٤) تأمينات إجتماعية

رقم الملف الطبي :

Med.File No :

طلب إعادة النظر في قرار اللجنة الطبية المختصة

بعدم ثبوت العجز أو بتقدير نسبته

المحترم

الفاضل / مدير دائرة المستحقات التأمينية

بالهيئة العامة للتأمينات الإجتماعية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ... ويعهد

نظراً لأن اللجنة الطبية المختصة بجهة

عجز / أو تقدير عجز نسبته (عن إصابة العمل التي حدثت لي بتاريخ / / ١٩٩٩م

وتم إخطاري بقرار اللجنة الطبية بتاريخ / / ١٩٩٩م .

أطلب إعادة النظر في هذا القرار وإحالة هذا الطلب إلى اللجنة الطبية الإستئنافية لاتخاذ مايلزم وذلك وفقاً

للبينات التالية :

الإسم رباعياً : رقم التأمين الثابت :

Permanent Insurance No :

العنوان : رقم الهاتف :

المهنة :

إسم صاحب العمل : رقم الاشتراك :

العنوان : رقم الهاتف :

الشهادات الطبية المؤيدة للطلب :

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام ...

توقيع : المؤمن عليه

التاريخ : / / ١٩٩٩م

لأستعمال الهيئة العامة للتأمينات الإجتماعية

المحترم

الفاضل / الدكتور رئيس اللجنة الطبية الإستئنافية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ... ويعهد

نحيل إليكم طلب المؤمن عليه المذكور للتفضل بالنظر وإخطار المؤمن عليه وصاحب العمل والهيئة

بما يتم .

وتفضلوا بقبول فائق الرحترام ...

مدير دائرة المستحقات التأمينية

التاريخ : / / ١٩٩٩م

رأي اللجنة الطبية الإستئنافية :

توقيع اللجنة الطبية الإستئنافية :

١ - ٢ - ٣ -

الخاتم الرسمي لجهة العلاج

التاريخ : / / ١٩٩٩م