

طلب تجديد تأمين صحي للأفراد - البرامج المعززة

Individual Renewal Application Form - Enhanced Plans



- Application once accepted, becomes part of the policy document.
- Form to be completed in CAPITAL LETTERS.

- الاستمارة المقبولة جزء من وثيقة التأمين.
- يرجى الكتابة بخط واضح.

A. Existing Policy Information

أ. بيانات وثيقة التأمين الحالية

Current Policy Number:	رقم وثيقة التأمين الحالية:
Policy Effective Date (day/month/year):	تاريخ بدء سريان وثيقة التأمين (يوم/ شهر/ سنة):
Policy Expiry Date (day/month/year):	تاريخ إنتهاء وثيقة التأمين (يوم/ شهر/ سنة):
Process Reference Number:	رقم المعاملة:

B. Policyholder's Information

ب. معلومات عن صاحب الوثيقة

First Name:	الاسم الأول:
Middle Name:	الاسم الأوسط:
Family Name:	الاسم العائلي:
Occupation:	المهنة:
Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Other	الحالة الإجتماعية: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أخرى
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
Nationality:	الجنسية:
Date of Birth: (day/month/year)	تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)
Weight (kg):	الوزن (كجم):
Height (cm):	الطول (سم):
Employer:	جهة العمل:
Passport Number:	رقم الجواز:
Phone Number:	رقم الهاتف:
Mobile Number:	رقم الهاتف المتحرك:
Fax Number:	رقم الفاكس:
E-mail:	البريد الإلكتروني:
Mailing Address	عنوان البريد:
City:	المدينة:
P.O. Box:	ص.ب:

Have you and/or any of your dependents, ever applied for insurance to Daman directly or through any third party (broker) and have you ever received any quotation from Daman? If yes, please provide details:

هل قمت أنت و/ أو أحد ممّن تُعيل بالتسجيل من قبل في التأمين الصحي لدى الشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان) بطريقة مباشرة أو عن طريق طرف ثالث (وسيط)، وهل سبق واستلمتم لأئحة أسعار من قبل الشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان)؟ إذا كان الجواب نعم، الرجاء إعطاء التفاصيل:

C. Dependant's Details

ج. بيانات الأفراد المعالين

	المعال ١ Dependent 1	المعال ٢ Dependent 2	المعال ٣ Dependent 3	المعال ٤ Dependent 4	المعال ٥ Dependent 5	المعال ٦ Dependent 6	
First Name:							الاسم الأول:
Middle Name:							الاسم الأوسط:
Family Name:							اسم العائلة:
Gender: (Male/Female)							الجنس: (ذكر/أنثى)
Relationship to Policyholder:							علاقته مع صاحب الوثيقة:
Date of Birth: (day/month/year)							تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)
Height (cm):							الطول (سم):
Weight (kg):							الوزن (كجم):
Nationality:							الجنسية:
Occupation:							المهنة:
Passport/ Residence Number:							رقم الجواز/الإقامة:

D. Health Insurance Plans

ج. برامج الضمان الصحي

Enhanced Plans (Inpatient and Outpatient)	Deductible (In AED)	Additional Benefits
<input type="checkbox"/> UAE	<input type="checkbox"/> NIL <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Maternity*
<input type="checkbox"/> Regional	<input type="checkbox"/> NIL <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Maternity*
<input type="checkbox"/> International	<input type="checkbox"/> NIL <input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Maternity*
<input type="checkbox"/> Global	<input type="checkbox"/> NIL <input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Maternity*

البرامج المعززة الإقامة داخل المستشفى والعلاج في العيادات الخارجية)	مبلغ التحمل (بالدرهم)	الفوائد الإضافية
<input type="checkbox"/> الإمارات	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> الأسنان <input type="checkbox"/> الحمل والولادة*
<input type="checkbox"/> الإقليمي	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> الأسنان <input type="checkbox"/> الحمل والولادة*
<input type="checkbox"/> الدولي	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> الأسنان <input type="checkbox"/> الحمل والولادة*
<input type="checkbox"/> العالمي	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> الأسنان <input type="checkbox"/> الحمل والولادة*

*Maternity is a compulsory requirement for married females working/residing in Abu Dhabi.

*تغطية الحمل والولادة إلزامية للإناث المتزوجات العاملات/المقيمات في إمارة أبوظبي

E. Payment

د. طريقة الدفع

Premiums are payable in advance for full year (in cash).

الأقساط تدفع مقدماً لسنة كاملة (نقداً)

Declaration

تعهد

I/We hereby declare with respect to both, myself and my employees/dependants that to the best of my knowledge and belief, the statements on application are full, true and correct and have declared all material facts related to this application.

(أنا/نحن) الموقع أدناه أصرح عن نفسي ونيابة عن من أعيل (المعتمدين) بأنه على حد علمي واعتقادي بأن المعلومات المقدمة من قبلي في هذه الاستمارة صحيحة وكاملة.

I/ We understand that non-disclosure or misrepresentation of any material fact (including but not limited to medical declaration) may invalidate the quoted terms/the health insurance and/or coverage of any undeclared medical conditions.

(أنا/نحن) أقر بأنني على إدراك بأن عدم التصريح عن المعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة (بما في ذلك لكن دون حصر التصاريح الطبية) سوف يؤدي إلى إلغاء عرض السعر / وثيقة التأمين الصحي و/أو تغطية أي حالات طبية غير معلن عنها.

I/We agree that all the documents issued in connection with the policy shall be read together.

(أنا/نحن) أوافق على وجوب قراءة كل الوثائق ذات العلاقة بالوثيقة.

If my application gets accepted, I/We agree to be bound by the terms and conditions of the policy. I/we hereby authorize

في حالة موافقة الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان على الطلب، (أوافق/نوافق) على الالتزام ببنود وشروط الوثيقة. (أنا/نحن) أخول أي

any Doctor, Hospital, Clinic or Medical Provider, any Insurance Company or any other Company, Institution or any other person who has any record or information about me and/ or any of my family members to provide National Health Insurance Company – Daman, with the complete information, including copies of their records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization or any other medical information required by National Health Insurance Company – Daman.

The Coverage of Health Services provided by the National Health Insurance Company – Daman is described in the Policy Wording. By signing this form, I/we acknowledge that I/we read, understood and agree to the terms and conditions as stated in the Policy Wording.

I/We agree that after acceptance of the quoted premiums in the quotation, I/we shall be liable to pay all the premiums to National Health Insurance Company – Daman as per the specified and selected plan of our choice.

The final premium computation will be as per the active member statistics on the renewal date.

National Health Insurance Company – Daman reserves the right to reject any authorization/claims request for conditions (pre-existing, chronic) not declared by the applicant at the renewal of the policy.

I/We understand that delay in renewal of the policy may result in loss of continuity of coverage.

***Note: For Applicants based outside Abu Dhabi:**

“ I/We am/are aware that under the provisions of the Health Insurance Law No. 23/2005 and its Executive Regulation No. 25/2006, for any members residing or working in the Emirate of Abu Dhabi, the National Health Insurance Company-Daman should be provided with proof of previous insurance coverage (continuity of coverage certificate). I/We undertake and declare that I/we will continuously disclose to the National Health Insurance Company – Daman those employees who reside or work in the Emirate of Abu Dhabi for the purposes of compliance with the health insurance regulations of the Emirate of Abu Dhabi.”

Application Date:

التاريخ:

Policyholder's signature:

توقيع صاحب الوثيقة:

طبيب أو مستشفى أو عيادة أو مزود لخدمات الرعاية الصحية، أو أي شركة تأمين أو أي شركة أو مؤسسة أخرى أو أي شخص يمتلك ملفات طبية أو معلومات عن الحالة الصحية الخاصة بي أو بمن أعيل وأعطيه الحق بتقديمها كاملة للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان، والسماح للضمان بالحصول على نسخ من الملفات الطبية فيما يخص أي مرض أو حادث أو علاج أو تحليل أو إقامة في المستشفى أو معلومات طبية قد تطلبها الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان.

إن تغطية الخدمات الصحية المقدمة من قبل الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان مفضلة في نص الوثيقة، وبالتوقيع على هذا الطلب، (أنا/نحن) نقر بالقراءة، الفهم والموافقة على البنود والشروط المذكورة في نص الوثيقة.

أوافق/نوافق على أنه بقبولنا قسط التأمين المدرج في عرض الشركة فإننا نتعهد بسداد قسط التأمين للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان حسب البرنامج الذي قمنا بتحديدته واختياره.

سوف يتم احتساب التأمين بشكل نهائي لعدد المؤمن عليهم عند تاريخ التجديد.

الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان لديها كل الحق برفض تغطية أي من المطالبات التي تتعلق بالأمراض السابقة لبدء سريان الوثيقة والأمراض المزمنة في حال عدم التصريح بها من قبل المؤمن عليه عند تجديد وثيقة التأمين.

أنا/نحن أقرّ بأنّ أي تأخير عن موعد تجديد الوثيقة يمكن أن يؤدي إلى فقدان استمرارية التغطية.

***ملاحظة: لمقدمي الطلبات خارج أبوظبي:**

“أنا/نحن أدرك بأنه بموجب أحكام قانون التأمين الصحي رقم ٢٣/٢٠٠٥ وللائحة التنفيذية رقم ٢٥/٢٠٠٦، ينبغي على أي من الأعضاء المقيمين أو العاملين في إمارة أبوظبي، تقديم إثبات على التغطية التأمينية السابقة (شهادة باستمرارية التغطية) للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان. أنا/نحن نتعهد ونعلن بأن نكشف باستمرار للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان عن هؤلاء الموظفين الذين يقيمون أو يعملون في إمارة أبوظبي لغرض الامتثال للأنظمة التأمين الصحي في إمارة أبوظبي.”

National Health Insurance Company - Daman
PO Box: 128888
Abu Dhabi, UAE
Phone: 800 4 DAMAN (32626)
Fax: +971 2 6149 775
Website: www.damanhealth.ae