

طلب تجديد تأمين صحي للأفراد - برنامج أبوظبي  
Individual Renewal Application Form - Abu Dhabi Plan



- Application once accepted, becomes part of the policy document.
- Form to be completed in CAPITAL LETTERS.
- Abu Dhabi Plan is applicable only for residents living and/or working in the Emirate of Abu Dhabi.

- الاستمارة المقبولة جزء من وثيقة التأمين.
- يُرجى الكتابة بخط واضح.
- يُطبّق برنامج أبوظبي فقط على المقيمين و/أو العاملين داخل إمارة أبوظبي.

## A. For Daman Use Only

## أ. للإستخدام الداخلي لشركة ضمان فقط

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:
Period of Coverage: <input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/> 2 year <input type="checkbox"/> 3 year	مدة التغطية: <input type="checkbox"/> سنة واحدة <input type="checkbox"/> سنتان <input type="checkbox"/> ثلاث سنوات

## 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)
Employer:	جهة العمل:
Passport Number:	رقم الجواز:
Phone Number:	رقم الهاتف:
Mobile Number:	رقم الهاتف المتحرك:
Fax Number:	رقم الفاكس:
Email:	البريد الإلكتروني:
Mailing Address:	عنوان البريد:
City:	المدينة:
P.O. Box:	ص.ب:

## 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)
Nationality:							الجنسية:
Passport/ Residence Number:							رقم الجواز/الإقامة:

\* Please attach an additional sheet in case of more dependents.  
(Premiums are payable in advance for the period of coverage  
selected in this application.)

\*الرجاء تزويدنا بجدول إضافي في حال كان عدد المعالين أكثر من العدد  
المبين في الجدول. (اشتراك التأمين السنوي يدفع مقدماً عن مدة التغطية  
التي تم اختيارها في هذا الطلب.)

### Declaration

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

### تعهد

(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 may invalidate the quoted terms.

(أنا/نحن) أقر بأنني على إدراك بأن عدم التصريح عن المعلومات المطلوبة أو تقديم  
معلومات خاطئة سوف يؤدي إلى إلغاء عرض السعر المقدم من قبل الشركة.

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  
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 the  
employees/ dependants 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 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.

في حالة موافقة شركة ضمان على الطلب، (أوافق/نوافق) على الالتزام  
ببنود وشروط الوثيقة. (أنا/نحن) أخول أي 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 بالموظفين/المعالين وأعطيهم الحق بتقديمها كاملة للشركة  
الوطنية للضمان الصحي - ضمان، والسماح لضمان 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 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.

I/We agree that after acceptance of the quoted premiums in  
the quotation, I/we shall be liable to pay all the premiums to  
Daman as per the specified period of coverage.

أوافق/نوافق على أنه بقبولنا قسط التأمين المدرج في عرض الشركة فإننا  
نتعهد بسداد قسط التأمين لشركة ضمان على حسب مدة التغطية.

The final premium computation will be as per the active member statistics on the Renewal Date.

I/We also declare with respect to my salary/salary of all the employees applying for the basic product are receiving the salaries of AED 4,000 monthly with accommodation; or up to AED 5,000 without accommodation.

The Health Insurance Policy shall be valid for the period of coverage selected in this application. The premium amount for the issued Basic Plan is non-refundable for each and every member (as per Health Insurance Law 23/ 2005, Article 6.4)

I/We the undersigned, acknowledge that providing any false data to obtain the Basic Health Insurance card will lead to the following legal consequences:

1. The insurance company may invalidate the Basic Health Insurance card which was issued based on false information.
2. The employer and/or sponsor, who provided false information, as mentioned in (1), must immediately purchase an Enhanced Plan instead of the invalidated Basic Plan.
3. Providing false or untrue information by the employer and/or sponsor to obtain the Basic Health Insurance card shall be considered a violation of Health Insurance Law No. 23/2005 of the Emirate of Abu Dhabi and its Executive Regulation No. 25/2006, and applicable to violation rule No. 23 from schedule (4).

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

Application Date:

التاريخ:

Client Signature:

التوقيع:

## For Daman Use Only

## لاستخدام ضمان فقط

Source Name:

اسم المصدر:

Notes:

الملاحظات:

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

أنا/نحن) أصرح عن نفسي ونيابة عن جميع الموظفين المشمولين في برنامج أبوظبي بأني أتقاضى/نتقاضى راتباً شهرياً قدره ٤,٠٠٠ درهم مع بدل سكن أو يصل إلى ٥,٠٠٠ درهم بدون بدل سكن.

مدة وثيقة الضمان الصحي الأساسية تكون صالحة حسب مدة التغطية التي تم اختيارها في هذا الطلب، وسعر بطاقة الضمان الصحي الأساسية الصادرة بموجبه غير قابلة للإسترداد وفقاً للفقرة (٤) من المادة (٦) من قانون الضمان الصحي ٢٠٠٥/٢٣ ولائحته التنفيذية في إمارة أبوظبي.

نحن الموقعين أدناه نقر بعلمنا بأن تقديم أية بيانات غير صحيحة للحصول على بطاقة التأمين الصحي الأساسية سيؤدي إلى مايلي من التبعات القانونية.

١. لشركة التأمين الحق في إلغاء بطاقة التأمين الصحية الأساسية التي تم إصدارها بناءً على معلومات مغلوطة.

٢. يتوجب على صاحب العمل و/ أو الكفيل الذي قام بتقديم معلومات مغلوطة وفقاً لما تم ذكره في (١) أعلاه، أن يبادر فوراً بشراء تأمين معزز بدلاً عن البطاقات الأساسية الملغاة.

٣. تقديم معلومات مغلوطة أو غير صحيحة من قبل صاحب العمل و/أو الكفيل للحصول على بطاقة الضمان الصحي الأساسية، يعد مخالفة للقانون رقم ٢٠٠٥/٢٣ بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي ولائحته التنفيذية رقم ٢٠٠٦/٢٥، وينطبق عليها حكم المخالفة رقم ٢٣ من الجدول رقم (٤) المرفق باللائحة.

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