

## نموذج طلب تصديق Endorsement Form

موقع المبيعات Sales Location	Nature of Request / نوع الطلب <input type="checkbox"/> Basic / أساسي <input type="checkbox"/> Enhanced / معزز	
صاحب وثيقة التأمين Policy Holder	<input type="checkbox"/> Member Addition	<input type="checkbox"/> إضافة مشترك
رقم وثيقة التأمين Policy Number	<input type="checkbox"/> Member Correction	<input type="checkbox"/> تصحيح مشترك
مرجع العملية (للاستخدام الداخلي فقط) Track Number (For internal use only)	<input type="checkbox"/> Member Cancellation	<input type="checkbox"/> إلغاء مشترك
	<input type="checkbox"/> Member Reactivation	<input type="checkbox"/> تفعيل مشترك
	<input type="checkbox"/> Policy Correction	<input type="checkbox"/> تصحيح وثيقة التأمين
	<input type="checkbox"/> Policy Cancellation	<input type="checkbox"/> إلغاء وثيقة التأمين
	<input type="checkbox"/> Policy Reactivation	<input type="checkbox"/> تفعيل وثيقة التأمين
	<input type="checkbox"/> Lost Card	<input type="checkbox"/> فقدان البطاقة

Declaration	تعهد
1 - For the sake of brevity, I/We hereby declare with respect to both, myself and my employees. Dependants (hereinafter referred to as «ا») that we are bound by all the terms, conditions and declarations in the LOA and Policy Wording. I further declare that all employees and/or their dependant applying for the basic (Abu Dhabi) Plan are receiving total salaries not exceeding AED 5,000 (including accommodation).	1 - أقر أنا / نحن بموجبيه فيما يتعلق بي وبالموظفين/ المكفولين التابعين لي (يشار اليهم في ما يلي بلفظ «أنا») بأننا ملزمون بجميع الأحكام والشروط والإقرارات الواردة في سياق خطاب الموافقة والبوليصه كما أقر بأن جميع الموظفين و/أو مكفولهم المتقدمين بطلب للاشتراك في البرنامج الأساسي (أبوظبيي) يتقاضون رواتب لا تتجاوز 5000 درهم (تشمل بدل السكن).
2 - I 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 my family members to provide the National Health Insurance Company- Daman (hereinafter referred to as «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.	2 - أؤوض بموجب هذا الكتاب أي طبيب أو مستشفى أو عيادة أو مقدم خدمات علاج وأي شركة تأمين أو أي شركة أو مؤسسة أخرى أو أي شخص آخر لديه سجل أو معلومات بخصوصي و/أو أي من أفراد اسرتي بتقديمها إلى الشركة الوطنية للضمان الصحي- ضمان (يشار إليها فيما يلي بلفظ «ضمان») مع المعلومات الكاملة ، بما في ذلك نسخ من سجلاتهم بالاشارة إلى أي مرض أو حادث ، وأي علاج أو فحص أو استشارة أو دخول المستشفى أو أي معلومات طبية أخرى تطلبها ضمان.
3 - I am also aware about the consequences of any false declaration or misrepresentation as mention in the LOA, Policy Wording and any other document that constitutes the whole Policy.	3 - كما أنني على علم بالآثار المترتبة على أي إقرار كاذب أو إفادات خاطئة كما هو مذكور في خطاب الموافقة وسياق البوليصه وأي وثيقة أخرى.
4 - I also understand and consent that this endorsement may affect the premium rate and I agree to pay the renewed premium as per the terms and conditions of the LOA and Policy Wording or any other provision of Daman.	4 - كما أفهم وأوافق بأن هذا ملحق عقد التأمين قد يؤثر على قيمة قسط التأمين وأوافق على أن أدفع قسط التأمين الجديد حسب أحكام وشروط خطاب الموافقة ونص البوليصه أو أي حكم من أحكام ضمان.
5 - I am 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 ("Emirate"), Daman should be provided with proof of previous insurance coverage (continuity of coverage certificate). I I undertake and declare that I will continuously disclose to Daman those employees who reside or work in the Emirate be in compliance with the health insurance regulations of the emirate.	5 - أنا أيضا على علم بأنه بموجب أحكام قانون الضمان الصحي رقم 23/05 ولائحته التنفيذية رقم 25/06 بالنسبة لأي أفراد يقيمون أو يعملون في إمارة ابوظبيي («الإمارة») يجب تزويد ضمان بإثبات للتغطية التأمينية السابقة (شهادة استمرارية التغطية). وأتعهد وأقر بأنني سوف أطلع ضمان بصفة مستمرة بأولئك الموظفين الذين يقيمون أو يعملون في الإمارة وضمن التزامهم التام بلوائح الضمان الصحي في الإمارة.
6 - I also agree that if there is a conflict between this declaration LOA/Policy Wording shall prevail.	6 - كما أوافق بأنه في حالة وجود تصارب بين هذا الاقرار وخطاب الموافقة / نص البوليصه فإن خطاب الموافقة/البوليصه هما اللذان سيسودان.
7 - I/we hereby confirm that all the names of the individuals listed in this document with UAE nationalities are also holders of the UAE family book / Khoulast Al Kaid.	7 - أنا / نحن نؤكد أن كل الأشخاص الواردة أسماؤهم في هذه الوثيقة من الجنسية الإماراتية هم أيضا يحملون خلاصة قيد.

Required Documents	المستندات المطلوبة	التوقيع و ختم الشركة Signature & Company Stamp
Member Addition: Valid Visa and passport Copy. Valid Labor Contract/Salary Certificate (Basic). Approved Quotation (Enhanced). Member Picture. Birth Certificate (newborn baby).	<b>إضافة مشترك:</b> صور عن جواز السفر و الإقامة ساريتنا المفعول. عقد العمل/شهادة راتب سارية المفعول (أساسي). عرض سعر موافق عليه (معزز). صورة شخصية للمشارك. شهادة ميلاد (للطفل المولود حديثاً).	
Member Cancellation/Correction: Daman Card or Undertaking Letter. Passport Copy: (Correction of Name, Age or Photo).	<b>إلغاء/تصحيح المشترك:</b> بطاقة ضمان < أو كتاب تعهد من صاحب العمل. صورة عن جواز السفر (تصحيح الاسم أو العمر أو الصورة).	Name: Title: Date:
		الاسم: المهنة: التاريخ:

معلومات عن المشترك  
Member Information



Member Information	مشترك # ١ Member # 1	مشترك # ٢ Member # 2	مشترك # ٣ Member # 3	معلومات عن المشترك
Ext. Ref. Number				رقم المشترك
First Name				الإسم الأول
Middle Name				إسم الأب
Last Name				إسم العائلة
National ID				الرقم الوطني
Date of Birth (DD/MM/YY)				تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)
Effective Date (DD/MM/YY)				تاريخ الإشتراك (يوم/شهر/سنة)
Gender				الجنس
Relation				علاقته مع المشترك
Staff Number				الرقم الوظيفي
Plan				البرنامج
Marital Status				الحالة الاجتماعية
Member Number				رقم المشترك
Nationality				الجنسية
Department				القسم
City				المدينة
Principal Card Number				رقم بطاقة المعيل
Labor ID				رقم بطاقة العمل

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

National Health Insurance Company – Daman (PO Box: 128888, Abu Dhabi, U.A.E. Tel No. +97126149555 Fax No. +97126149550)

Doc Ctrl No.: F/PRD-009	Version No.: 1	Revision No.: 0	Date of Issue: 13/10/2011	Page No(s): 1 of 1
-------------------------	----------------	-----------------	---------------------------	--------------------