

# طلب تأمين صحي جماعي Group Application Form



Processing Location Code:

---

- 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.

## For Daman Use Only

## للاستخدام الداخلي لشركة ضمان فقط

Process Reference Number:

رقم المعاملة :

---

Policy Effective Date (day/month/year):

تاريخ بدء سريان وثيقة التأمين (يوم/شهر/سنة):

---

## A. Company Information

## أ. معلومات خاصة بالشركة

Company Name:

اسم الشركة:

---

Nature of Business:

طبيعة نشاط الشركة:

---

Company Address:

عنوان الشركة:

---

Emirate:

الإمارة:

---

P.O. Box:

ص.ب:

---

Billing Address:

عنوان إرسال الفواتير:

---

Street:

اسم الشارع:

---

Phone Number:

الهاتف:

---

Fax Number:

الفاكس:

---

Contact Person:

اسم الشخص المسؤول:

---

Designation:

الوظيفة:

---

Mobile Number:

رقم الهاتف المتحرك:

---

Company Trade License Number:

رقم الرخصة التجارية للشركة:

(required to attach copy)

( يُرجى إرفاق نسخة )

---

Total Number of Employees:

إجمالي عدد الموظفين:

---

E-mail:

البريد الإلكتروني:

---

Have you and/or any of your sister companies, 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 قامت شركتكم و/ أو أي من الشركات التابعة لكم بالتسجيل في التأمين الصحي لدى الشركة الوطنية للضمان الصحي-ضمان بطريقة مباشرة أو عن طريق طرف ثالث (وسيط)، وهل سبق واستلمتم لائحة أسعار من قبل الشركة الوطنية للضمان الصحي-ضمان؟ إذا كان الجواب «نعم»، الرجاء إعطاء التفاصيل:

Are any of the following insurance coverages available through your employer?

هل لديك أي من خدمات التأمين التالية مغطى من قبل الجهة التي تعمل لديها؟

Health Insurance:  Yes  No

لا  نعم

Healthcare services for work illnesses and injuries:  Yes  No

لا  نعم

Personal accident or any other similar coverage:  Yes  No

لا  نعم

If yes, please give details:

إذا كانت الإجابة «نعم»، الرجاء إعطاء التفاصيل:

Number of nationals employed by your organization:

الرجاء ذكر عدد الموظفين من المواطنين في الشركة:

## B. Abu Dhabi Plans

## ب. برنامج أبوظبي

Plan	عدد الموظفين Number of Employees	عدد المعالين Number of Dependents			إجمالي عدد الأعضاء Total Number of Members	البرنامج
		الزوج/الزوجة Spouse		الأطفال Children		
		أنثى Female	ذكر Male			
<input type="checkbox"/> Abu Dhabi (Inpatient and Outpatient)						<input type="checkbox"/> أبوظبي (الإقامة والعلاج داخل المستشفى والعيادات الخارجية)

■ For additional plans refer to Section "C"

■ للبرامج الإضافية ، انظر القسم «ج»

## C. Enhanced Plans

## ج. البرامج المعززة

Plan	مبلغ التحقّل (درهم) Deductible (AED)	عدد الموظفين Number of Employees	عدد المعالين Number of Dependents			إجمالي عدد الأعضاء Total Number of Members	مزايا إضافية Additional Benefits	البرنامج
			الزوج/الزوجة Spouse		الأطفال Children			
			أنثى Female	ذكر Male				
<input type="checkbox"/> UAE (Inpatient and Outpatient)	Nil <input type="checkbox"/> لا شيء 30 <input type="checkbox"/> ٣٠ 50 <input type="checkbox"/> ٥٠					Dental <input type="checkbox"/> الأسنان Maternity* <input type="checkbox"/> الحمل والولادة* Optical <input type="checkbox"/> الخدمات البصرية	<input type="checkbox"/> الإمارات (الإقامة والعلاج داخل المستشفى والعيادات الخارجية)	
<input type="checkbox"/> Regional (Inpatient and Outpatient)	Nil <input type="checkbox"/> لا شيء 30 <input type="checkbox"/> ٣٠ 50 <input type="checkbox"/> ٥٠					Dental <input type="checkbox"/> الأسنان Maternity* <input type="checkbox"/> الحمل والولادة* Optical <input type="checkbox"/> الخدمات البصرية	<input type="checkbox"/> الإقليمي (الإقامة والعلاج داخل المستشفى والعيادات الخارجية)	
<input type="checkbox"/> International (Inpatient and Outpatient)	Nil <input type="checkbox"/> لا شيء 50 <input type="checkbox"/> ٥٠					Dental <input type="checkbox"/> الأسنان Maternity* <input type="checkbox"/> الحمل والولادة* Optical <input type="checkbox"/> الخدمات البصرية	<input type="checkbox"/> الدولي (الإقامة والعلاج داخل المستشفى والعيادات الخارجية)	
<input type="checkbox"/> Global (Inpatient and Outpatient)	Nil <input type="checkbox"/> لا شيء 50 <input type="checkbox"/> ٥٠					Dental <input type="checkbox"/> الأسنان Maternity* <input type="checkbox"/> الحمل والولادة* Optical <input type="checkbox"/> الخدمات البصرية	<input type="checkbox"/> العالمي (الإقامة والعلاج داخل المستشفى والعيادات الخارجية)	
<input type="checkbox"/> Others						Dental <input type="checkbox"/> الأسنان Maternity* <input type="checkbox"/> الحمل والولادة* Optical <input type="checkbox"/> الخدمات البصرية	<input type="checkbox"/> أخرى	
Total Number of Plans							إجمالي عدد البرامج	

■ Please submit an updated list of beneficiaries as per MS Excel Sheet provided on the CD for each plan.

■ Date of Commencement of Cover:

From: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ To: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(coverage period is granted for 12 months renewable)

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

\*\* Optical is available only in combination with dental.

Applicable only for standard group.

■ يُرجى تزويدنا بأي تعديلات ( حذف أو إضافة ) باستخدام الجدول الإلكتروني الموجود على القرص المدمج لكل برنامج.

■ تاريخ بداية التغطية

من: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ إلى: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(فترة التغطية هي ١٢ شهراً قابلة للتجديد).

\* تغطية الحمل والولادة إلزامية للإناث المتزوجات في إمارة أبوظبي.

\*\* الخدمات البصرية متوفرة مع وجوب تغطية علاج الأسنان.

متوفرة للمجموعات القياسية فقط

## D. Mode of Payment

## د. طريقة الدفع

Cheque  Bank Transfer  Cash

Payment Options \*\* ( for Groups > 100 )

Annual ( Advance )  Semi-Annual  Quarterly

( subject to Prior Approval and applicable only for Enhanced Plans )

شيك  تحويل بنكي  نقداً

خيارات الدفع \*\* ( للمجموعات الأكثر من ١٠٠ )

سنوي ( مقدماً )  نصف سنوي  ربع سنوي

( يخضع للموافقة المسبقة ويطبق للبرامج المعززة فقط )

\*\* Charges apply for payment options ( semi-annual payment = 3% , quarterly payment = 3.25% ) on the gross premium.

\*\* ستطبق رسوم إضافية لهذه الخيارات ( نصف سنوي = 3% ) ، ( ربع سنوي = 3.25% ) من إجمالي الأقساط المستحقة.

## E. Bank Details

## ه. معلومات البنك

Bank Name:

اسم البنك:

Branch:

الفرع:

Account Number:

رقم الحساب:

Account Type:

نوع الحساب:

## F. Group Claims History

## و. معلومات عن المطالبات السابقة

Section ( 1,2 and 3 ) to be completed for Enhanced Plans only.

للفقرة ( ١ و ٢ و ٣ ) ، يتم إكمالها للبرامج المعززة فقط

### 1. Previous Claims History/ 3 years if applicable

### ١. تاريخ المطالبات الطيبة / ٣ سنوات إن وُجدت

السنة Year	عدد الموظفين Number of Employees	المطالبات المدفوعة Paid Claims		المطالبات المعقّلة Outstanding Claims		تغطية إضافية Additional Cover	
		الإقامة والعلاج داخل المستشفى Inpatient	العلاج خارج المستشفى Outpatient	الإقامة والعلاج داخل المستشفى Inpatient	العلاج خارج المستشفى Outpatient	الحمل والولادة* Maternity*	الأسنان Dental

## 2. Previous Scheme Highlights

٢. لمحة عن البرامج السابقة

Annual Limit:

الحد الأقصى للتغطية السنوية:

Deductible:

مبلغ التحمل:

Co-Insurance:

نسبة التحمل:

Additional Benefits:

مزايا إضافية:

## 3. Additional Information

٣. أية معلومات إضافية

## G. Members and Dependents Age Bands

ز. أعمار طالبي التأمين والمعاليين

(For Basic and Enhanced Plans)

(للبرامج الأساسية والمعززة)

Age	برنامج الإمارات UAE Plan			البرنامج الإقليمي Regional Plan			البرنامج الدولي International Plan			البرنامج العالمي Global Plan			العمر
	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	
(00-15)													(10-00)
(16-20)													(16-20)
(21-25)													(21-25)
(26-30)													(26-30)
(31-35)													(31-35)
(36-40)													(36-40)
(41-45)													(41-45)
(46-50)													(46-50)
(51-55)													(51-55)
(56-60)													(56-60)
(61-65)													(61-65)
(66-99)													(66-99)

\* Number of married females

\* عدد كل السيدات المتزوجات

## G. Members and Dependents Age Bands

## ز. أعمار طالبي التأمين والمعاليين

(For Basic and Enhanced Plans)

(للبرامج الأساسية والمعززة)

Age	برنامج أبوظبي Abu Dhabi Plan			أخرى Others			أخرى Others			أخرى Others			العمر
	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	
(00-15)													(10-00)
(16-20)													(16-20)
(21-25)													(21-25)
(26-30)													(26-30)
(31-35)													(31-35)
(36-40)													(36-40)
(41-45)													(41-45)
(46-50)													(46-50)
(51-55)													(51-55)
(56-60)													(56-60)
(61-65)													(61-65)
(66-99)													(66-99)

\* Number of married females

\* عدد كل السيدات المتزوجات

### Declaration

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

I/We understand that non-disclosure or misrepresentation of any material fact may invalidate the quoted terms.

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

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 my family members to provide the 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 the National Health Insurance Company - Daman.

### تعهد

(أنا/نحن) الموقع أدناه، أصرّح عن نفسي ونيايةً عن من أعيل (المعتمدين)، بأنه على حد علمي واعتقادي بأن المعلومات المقدّمة من قبلي في هذه الاستمارة صحيحة وكاملة.

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

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

في حالة موافقة الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان على الطلب، (أوافق/نوافق) على الالتزام ببند وشروط الوثيقة. (أنا/نحن) أخوّل 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 ملقّات طبية أو معلومات عن الحالة الصحية الخاصة بي أو بمن أعيل، وأعطيهم الحق بتقديمها كاملة للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان، والسماح للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان بالحصول على نسخ من الملقّات 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.

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 the National Health Insurance Company - Daman as per the specified and selected plan of our choice.

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

The Health Insurance Policy shall be valid for one year. 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. Premium of invalidated Basic Health Insurance card is Non-Refundable (Health Insurance Law 23/2005, Article 6.4)
3. 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.
4. Providing false or untrue information by the employer and/or sponsor to obtain the Basic Health Insurance card shall be considered as 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).

Note: For Applicants based outside of Abu Dhabi:

"I/We 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, 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."

Note: Applicable for Top-up Plan holders only:

Only those individuals that are thiqa members are eligible to apply/enroll under a Top-Up plan. As per current regulations, Thiqa members should not have existing insurance coverage with benefits similar to that of their current thiqa benefits.

إن تغطية الخدمات الصحية المقدّمة من قِبَل الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان مفضّلة في نص الوثيقة. وبالتوقيع على هذا الطلب، (أنا/نحن) نقرّ 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 بتحديدده واختياره.

(أنا/نحن) نقرّ بأن جميع الموظفين المشمولين في برنامج أبوظبي يتقاضون راتباً شهرياً إجمالياً كحد أقصى قدره ٤,٠٠٠ درهم مع بدل سكن أو ٥,٠٠٠ درهم كحد أقصى بدون بدل سكن.

مدة وثيقة الضمان الصحي الأساسية سنة ميلادية، وسعر بطاقة الضمان الصحي الأساسية الصادرة بموجبه غير قابل للاسترداد وفقاً للفقرة (٤) من المادة (٦) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٠٠٥/٢٣ ولائحته التنفيذية في إمارة أبوظبي.

نحن الموقعين أدناه، نقرّ بعلمنا بأن تقديم أية بيانات غير صحيحة للحصول على بطاقة التأمين الصحي الأساسية سيؤدي إلى ما يلي من التبعات القانونية:

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

٢. قسط بطاقة التأمين الصحي الأساسية الملغاة غير مُستردّ القيمة حسب الفقرة رقم (٤) من المادة (٦) من القانون رقم ٢٠٠٥/٢٣ بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي، ولائحته التنفيذية.

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

٤. تقديم معلومات مغلوطة أو غير صحيحة من قِبَل صاحب العمل و/أو الكفيل للحصول على بطاقة التأمين الصحي الأساسية، يُعدّ 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.

ملاحظة: لمقدّمي الطلبات خارج أبوظبي:

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

ملاحظة: متوفر لأصحاب برنامج ثقة الإضافي فقط:

الأفراد الذين هم أعضاء في برنامج ثقة سيكونون فقط المؤهلين للتسجيل ضمن برنامج ثقة الإضافي. حسب اللوائح الحالية، لا يجوز للأعضاء أن تكون لديهم تغطية تأمينية ذات منافع مماثلة للمنافع الحالية ضمن برنامج ثقة.

By signing this application, I/We declare:

1. that to the best of knowledge I am/ we are existing thiqqa member(s);
2. that I/we do not hold any other type of insurance cover other than thiqqa;

بالتوقيع على هذا الطلب، أنا/نحن نصرّح بالتالي:  
١. بأنه على حد علمي، أنا/نحن أعضاء حاليين في برنامج ثقة.  
٢. أنا/نحن لا نحمل أي تغطية تأمينية أخرى بخلاف برنامج ثقة.

Name:

الاسم:

Position in Company:

وظيفته في الشركة:

Signature and Company Stamp:

التوقيع والختم:

Date:

التاريخ:

## For Daman Use Only

## لاستخدام ضمان فقط

Source of Business:

مصدر العمل:

Direct  Internal Sales Agent  Broker

مباشر  موظف مبيعات داخلي  وسيط

Sales Agent/ Broker/ Third Party Name:

اسم ممثّل المبيعات/ الوسيط/ الطرف الثالث:

Credit Facility Terms: (if payment not annual)

تسهيلات الدفع: (إذا كان الدفع غير سنوي)

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