

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



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

## للإستخدام الداخلي لشركة ضمان فقط

Process Reference Number:

رقم المعاملة:

Policy Effective Date: (date/month/year)

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

Period of coverage:

1 year

2 years

3 years

ثلاث سنوات

سنتان

سنة واحدة

مدة التغطية:

## A. Policy Holder's Information

## أ. معلومات صاحب الوثيقة

First Name:

الاسم الأول:

Middle Name:

الاسم الأوسط:

Family Name:

اسم العائلة:

Occupation:

اسم المهنة:

Marital Status:

Single

Married

Other

أخرى

متزوج

أعزب

الحالة الإجتماعية:

Gender:

Male

Female

أنثى

ذكر

الجنس:

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:

P.O. Box:

ص.ب.:

المدينة:

## B. Dependant's Details

## ب. بيانات الأفراد المعالين

	المعال ١ Dependant 1	المعال ٢ Dependant 2	المعال ٣ Dependant 3	المعال ٤ Dependant 4	المعال ٥ Dependant 5	المعال ٦ Dependant 6	
First Name:							الاسم الأول:
Middle Name:							الاسم الأوسط:
Family Name:							اسم العائلة:
Gender:							الجنس:
Relationship to Policy Holder:							علاقته مع صاحب الوثيقة:
Date of Birth: (day/month/year)							تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)
Nationality:							الجنسية:
Passport/Residence Number:							رقم الجواز/الإقامة:

\*Premiums are payable in advance for the period of coverage selected in this application.

\* اشتراك التأمين السنوي يُدفع مقدماً عن مدة التغطية التي تم إختيارها في هذا الطلب.

\*Please attach additional sheet in case of more Dependents.

\* الرجاء تزويدنا بجدول إضافي في حال كان عدد المعالين أكثر من العدد المبين في الجدول.

## Declaration

## تعهد

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.

(أنا/نحن) الموقّع أدناه، أصرّح عن نفسي ونيابة عن من أعيل (المعتمدين)، بأنه على حد علمي واعتقادي بأن المعلومات المقدّمة 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) أقرّ بأنني على إدراك بأن عدم التصريح عن المعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة، سوف يؤدي إلى إلغاء عرض السعر المقدّم 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

في حالة موافقة الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان على الطلب، (أوافق/نوافق) على الالتزام ببنود وشروط الوثيقة. (أنا/نحن) أخوّل أي طبيب أو مستشفى أو عيادة أو مزوّد لخدمات الرعاية الصحية، أو أي شركة

Company or any other Company, Institution or any other person who has any record or information about me and/or any of the employees/Dependents 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.

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 period of coverage.

I/We also declare with respect to my salary / salary of all the employees applying for the 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 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 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).

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

تأمين أو أي شركة أو مؤسسة أخرى أو أي شخص يمتلك ملقّات طبية أو معلومات عن الحالة الصحية الخاصة بي أو بالموظفين المعالين، وأعطيتهم الحق بتقديمها كاملة للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان، والسماح لضمان 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.

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

(أوافق/نوافق) على أنه وقبلنا قسط التأمين المدرج في عرض الشركة، فإننا نتعهد بسداد قسط التأمين للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان حسب فترة التغطية.

(أنا/نحن) أصرح عن نفسي ونيابة عن جميع الموظفين المشمولين في برنامج أبوظبي بأني أتقاضى/ 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 الأساسي تكون صالحة حسب مدة التغطية التي تم اختيارها في هذا الطلب، وسعر بطاقة الضمان الصحي الأساسية الصادرة بموجب غير قابلة للإسترداد وفقاً للفقرة (٤) من المادة (٦) من قانون الضمان الصحي 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. 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، يُعدّ مخالفة للقانون رقم ٢٠٠٥/٢٣ بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي ولائحته التنفيذية رقم ٢٥/٢٠٠٦، وينطبق عليها حكم المخالفة رقم ٢٣ من الجدول رقم (٤) المرفق باللائحة.

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

Date:

التاريخ:

Signature:

التوقيع:

For Daman Use Only

لاستخدام ضمان فقط

Source Name:

اسم المصدر:

Notes:

الملاحظات:

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. No. F/TD-029	Version No.: 1	Revision No.: 0	Date of Issue: 03/10/2011	Page No(s): 4 of 4
-------------------	----------------	-----------------	---------------------------	--------------------