

طلب تأمين صحي للأفراد - برنامج الإمارات والبرنامج الإقليمي
Individual Application Form - UAE and Regional Plans



Processing Location Code:

- Application once accepted, becomes part of the policy document.
 - Form to be completed in CAPITAL LETTERS.
- الاستمارة المقبولة جزء من وثيقة التأمين.
■ يُرجى الكتابة بخط واضح

For Daman Use Only

للاستخدام الداخلي لشركة ضمان فقط

Process Reference Number:

رقم وثيقة المعاملة:

Policy Effective Date: (date/month/year)

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

A. Policy Holder's Information

أ. معلومات صاحب الوثيقة

First Name:

الاسم الأول:

Middle Name:

الاسم الأوسط:

Family Name:

اسم العائلة:

Occupation:

المهنة:

Marital Status: Single Married Other

الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج أخرى

Gender: Male Female

الجنس: ذكر أنثى

Nationality:

الجنسية:

Date of Birth: (day/month/year)

تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)

Weight (kg):

Height (cm):

الطول (سم):

الوزن (كجم):

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:

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 مَن تُعيل بالتسجيل في التأمين الصحي لدى الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان بطريقة مباشرة أو عن طريق طرف ثالث (وسيط)، و هل سبق و استلمتم لائحة أسعار من قِبَل الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان؟ إذا كان الجواب «نعم»، الرجاء إعطاء التفاصيل:

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

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

Health Insurance:

Yes No

لا نعم

التأمين الصحي:

Healthcare services for work illnesses and injuries:

Yes No

لا نعم

خدمات العلاج الطبي لإصابات وأمراض العمل:

Personal accident or any other similar coverage:

Yes No

لا نعم

الحوادث الشخصية أو أي تغطية مشابهة:

If yes, please give details:

إذا كانت الإجابة «نعم»، الرجاء إعطاء التفاصيل:

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	المعال ٧ Dependant 7	
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)
Height (cm):								الطول (سم):
Weight (kg):								الوزن (كلج):
Nationality:								الجنسية:
Passport/Residence Number:								رقم الجواز/الإقامة:

*Please attach additional sheet in case of more Dependents.

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

C. Health Insurance Plans

ج. برامج الضمان الصحي

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

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

البرامج المعززة (الإقامة و العلاج داخل المستشفى و العيادات الخارجية)	مبلغ التحمل (بالدرهم)	الفوائد الإضافية
<input type="checkbox"/> الإمارات	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> الحمل و الولادة*
<input type="checkbox"/> الإقليمي	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> الحمل و الولادة*

*تغطية الحمل و الولادة إلزامية للإناث المتزوجات في إمارة أبوظبي

D. Mode of Payment

د. طريقة الدفع

Cheque Bank Transfer Cash

شيك تحويل بنكي نقداً

Note: Premiums are payable in advance for full year.

ملاحظة: اشتراك التأمين السنوي يُدفع مقدماً و لسنة كاملة.

E. Bank Details

ه. معلومات البنك

Bank Name:

اسم البنك:

Branch:

الفرع:

Account Number:

رقم الحساب:

Account Type:

نوع الحساب:

F. Medical History Declaration

و. تصريح بالسوابق الطبية

Please answer the following questions which apply to all named applicants. (Please tick the relevant box).

الرجاء الاجابة عن الاسئلة التالية التي تنطبق مع أسماء مقدّمي الطلبات.
(الرجاء اختيار المربع المناسب)

- If any of the below questions are left unanswered, it will be assumed that the answer is "No".

■ إذا لم تتم الإجابة على أي من الأسئلة أدناه، سَتُعتبر الإجابة "لا".

رقم	الأسئلة	المعال 1 Dep. 1	المعال 2 Dep. 2	المعال 3 Dep. 3	المعال 4 Dep. 4	المعال 5 Dep. 5	المعال 6 Dep. 6	الرئيس Principal	Questions	No.
1	هل سبق لك الإقامة داخل المستشفى و/أو خضعت لعملية؟	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Have you ever been hospitalized and/or operated on?	1
2	(للإناث فقط) هل أنت حامل؟ إذا كان الجواب «نعم» الرجاء إرفاق تقرير طبي حديث بين تاريخ آخر دورة شهرية وموعد الولادة المتوقع؟	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	(For females only) Are you pregnant? If yes, please provide an updated Medical Report showing LMP and EDD.	2
3	هل تعاني من مشكلة صحية حالياً (أي ظروف لها علاقة بالحمل) أو إعاقة أو مرض مزمن أو تأخذ دواء معين حالياً؟	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Are you presently under any health problem (including conditions related to pregnancy), disability or sickness, or are you presently on medication?	3

No.	Questions	الرئيس Principal	الزوج/الزوجة Spouse	المعال ٢ Dep. 2	المعال ٣ Dep. 3	المعال ٤ Dep. 4	المعال ٥ Dep. 5	المعال ٦ Dep. 6	الأسئلة	رقم
4	Are you presently under medical observation or undergoing any medical treatment, or have been advised any treatment?	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	هل تخضع حالياً إلى أي نوع من المراقبة الطبية أو لأي علاج طبي أو تم نصحك بأي علاج؟	٤
5	Have you ever received any treatment for or ever had any symptoms or got diagnosed indicating a chronic disease,** permanent disability (also congenital) or permanent sequel of an accident?	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	هل سبق أن تلقيت علاج أو عانيت من أعراض أو تم تشخيصك بأي مرض مزمن** أو إعاقة دائمة (تشمل الخلقية) أو دائمة ناتجة عن حادث معين؟	٥
6	Have you ever visited a doctor (generalist or specialist) or non-medical practitioner?	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	هل زرت طبيب (عام أو اختصاصي) أو ممارس غير طبي؟	٦
7	Do you smoke? If yes, please mention what you smoke and how many per day.	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	هل تدخن؟ إذا كان الجواب «نعم»، الرجاء ذكر نوع المادة المدخنة وعدد المرات في اليوم	٧
8	Any family member for whom insurance is not applied in this application? (if yes please provide particulars of existing insurance arrangements).	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	هل يوجد عضو من أعضاء عائلتك تأمينه غير موجود في هذه الاستمارة؟ (إذا كان الجواب «نعم»، الرجاء تزويدنا بالإجراءات التأمينية اللازمة)	٨

****Chronic Disease:**

A disease with one or more of the following characteristics: lasts 3 months or more, leaves residual disability, is caused by non-reversible pathological alteration, requires special training of the patient for rehabilitation, or may require a long period of supervision or observation of the case.

****المرض المزمن:**

هو أي مرض يتميز بواحدة من الخصائص التالية: استمرّ لثلاثة أشهر أو أكثر، أو ترك إعاقة دائمة سببت تعجزاً مرضياً غير قابل للعلاج، تطّلب تدريباً خاصاً لإعادة تأهيل المريض، أو اقتضى فترة مراقبة، إشراف، مشاهدة، أو حالة مرضية لفترة طويلة.

In case the answer is YES to any of the conditions/diseases mentioned in medical history declaration, please specify full details on additional questionnaire (Application Form For Medical Condition), attached to this Application Form.

في حالة كون الجواب «نعم» على أي من الحالات/الأمراض المذكورة في التصريح بالسوابق الطبية، الرجاء تحديد التفاصيل الكاملة على الاستمارة التفصيلية الإضافية (المعلومات الشخصية) المرفقة مع الاستمارة.

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) الموقع 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 (including but not limited to medical declaration) may invalidate the quoted terms/the health insurance policy and/or coverage of any undeclared medical conditions.

(أنا/نحن) أقرّ 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 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.

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 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، 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 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.

إن تغطية الخدمات الصحية المقدّمة من قبل الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان مفصّلة في نص الوثيقة. وبالتوقيع على هذا الطلب، (أنا/نحن) نقرّ 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 the National Health Insurance Company - Daman as per the specified and selected plan of our choice.

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.

The 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 inception of the policy.

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 منذ إصدار وثيقة التأمين.

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

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

Note: For Applicants based outside of 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.”

ملاحظة: لمقّمي الطلبات خارج أبوظبي:
«أنا/نحن أدرك أنه بموجب أحكام قانون التأمين الصحي رقم ٢٣/٢٠٠٥ ولائحته التنفيذية رقم ٢٥/٢٠٠٦، على أي من الأعضاء الذين يقيمون أو يعملون في إمارة أبوظبي، ينبغي 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 هؤلاء الموظفين الذين يقيمون أو يعملون في إمارة أبوظبي لغرض الامتثال لأنظمة التأمين الصحي في إمارة أبوظبي.»

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-030	Version No.: 1	Revision No.: 0	Date of Issue: 03/10/2011	Page No(s): 6 of 6
-------------------	----------------	-----------------	---------------------------	--------------------