Group Application Form

طلب تأمين صحي جماعي

Processing Location Code:

- The form must be completed in CAPITAL LETTERS.
- The Basic (Abu Dhabi) Plan is applicable only for expatriate residents holding visas issued from the Emirate of Abu Dhabi.
- The Essential Benefits Plan is applicable only for expatriate residents holding visas issued from the Emirate of Dubai.
- Renewal - kindly refer to the attached existing data and update the information.
- Renewal - please fill the census and plans(s) required for the renewal purpose.
- Form to be filled **digitally** (Not handwritten)

- يرجى الكتابة بخط واضح.
- يطبق البرنامج الأساسي (أبوظبي) فقط على الوافدين المقيمين حاملي تأشيرة إقامة صادرة من إمارة أبوظبي.
- يطبق برنامج المنافع الأساسية فقط على الوافدين المقيمين حاملي تأشيرة إقامة صادرة من إمارة دبي.
- تجديد الوثيقة - يرجى الرجوع للبيانات الحالية الموثّقة و تحديث المعلومات.
- تجديد الوثيقة - يرجى تعبئة الإحصائية و البرامج المطلوبة للتجديد.
- يجب ملء الطلب **رقميًا\الطباعة الإلكترونية** (وليس الكتابة اليدوية)

Policy Type:

☐ New ☐ Renewal

نوع الوثيقة:

☐وثيقة جديدة ☐ تجديد الوثيقة

Policy Information:

معلومات الوثيقة:

Policy Effective Date
(DD/MM/YYYY):
(For New or Renewal Policy)

تاريخ بدء سريان وثيقة التأمين
(يوم / شهر / سنة):
(في حالة الوثيقة الجديدة أو تجديد الوثيقة)

Policy Expiry Date
(DD/MM/YYYY):
(For New Policy)

تاريخ إنتهاء الوثيقة
(يوم / شهر / سنة):
(الوثيقة الجديدة)

Current Policy Number:
(For Renewal Policy)

رقم الوثيقة الحالي:
(في حالة تجديد الوثيقة)

A. Company Information

أ. معلومات خاصة بالشركة

Company Name: إسم الشركة:

Tax Registration Number رقم التسجيل الضريبي

Nature of Business: طبيعة نشاط الشركة:

Company Address: عنوان الشركة:

Emirate: الإمارة:

P.O. Box: ص.ب:

Billing Address: عنوان إرسال الفواتير:

Street: إسم الشارع:

Phone Number: الهاتف:

Fax Number: الفاكس:

Contact Person: إسم الشخص المسؤول:

Designation: الوظيفة:

Mobile Number: رقم الهاتف المتحرك:

Company Trade License Number:
(Copy to be provided)
رقم الرخصة التجارية للشركة :
(يرجى ارفاق نسخة)

Total Number of Employees: إجمالي عدد الموظفين:

E-mail: البريد الإلكتروني:

B. Mandatory (Minimum) Benefits Plans

ب. برامج المنافع الإلزامية (الحد الأدنى من المنافع)

البرنامج Plan	
☐ Basic (Abu Dhabi) Plan	☐ البرنامج الأساسي (أبوظبي)
☐ Essential Benefits Plan	☐ برنامج المنافع الأساسية

For Basic (Abu Dhabi) Plan, refer to Section "G"
For additional plans refer to Section "C"
Please note that we do not currently offer the Essential Benefits Plan at the Index Rate to Dependants.

للبرنامج الأساسي (أبوظبي) الرجاء الرجوع للقسم (ج)
للبرامج الإضافية أنظر القسم "د".
يرجى العلم بأننا لا نطرح مؤشر الأسعار حالياً للمعالين ضمن برنامج المنافع الأساسية.

C. Health Insurance Plans

د. برامج التأمين الصحي

البرنامج Plan	مبلغ التحمل (درهم) Deductible (AED)			مزايا إضافية Benefits Additional		
	Nil	☐	لاشيء	Dental	☐	الأسنان
	25	☐	25	Maternity*	☐	الحمل و الولادة*
	30	☐	30	Optical**	☐	الخدمات البصرية**
	50	☐	50			
	Nil	☐	لاشيء	Dental	☐	الأسنان
	25	☐	25	Maternity*	☐	الحمل و الولادة*
	30	☐	30	Optical**	☐	الخدمات البصرية**
	50	☐	50			
	Nil	☐	لاشيء	Dental	☐	الأسنان
	25	☐	25	Maternity*	☐	الحمل و الولادة*
	30	☐	30	Optical**	☐	الخدمات البصرية**
	50	☐	50			
	Nil	☐	لاشيء	Dental	☐	الأسنان
	25	☐	25	Maternity*	☐	الحمل و الولادة*
	30	☐	30	Optical*	☐	الخدمات البصرية**
	50	☐	50			

Total Number of Plans: .....

إجمالي عدد البرامج:

- Please submit a list of beneficiaries as per MS Excel Sheet provided to you for each plan.
- For groups up to 10 employees – For each employee and their dependants, an Individual application form must be submitted

* Maternity is a compulsory benefit for married females residing in the Emirates of Abu Dhabi and Dubai.

** Optical is available only in combination with dental. Applicable only for groups with more than 11 principals/employees.

- يرجى تزويدنا بقائمة المستفيدين ضمن كل برنامج بإستخدام الجدول لإلكتروني (مايكروسوفت إكسل) الذي قمنا بتزويدكم به.
- للمجموعات المكونة من ١٠ موظفين وما دون - يجب ارسال طلب تأمين للأفراد عن كل موظف مع المعالين التابعين للموظف.

* تغطية الحمل و الولادة هي منفعة إلزامية للإناث المتزوجات في إمارة أبوظبي و إمارة دبي.

** الخدمات البصرية متوفرة مع وجوب تغطية علاج الأسنان. متوفرة للمجموعات التي تتضمن أكثر من ١١ مؤمن عليه رئيسي/موظفين.

D. Mode of Payment

هـ. طريقة الدفع

☐Cheque ☐Bank Transfer ☐ Cash* ☐Debit/Credit Card

*Please note that cash payments above AED 40,000 are not acceptable.

Payment Options (for Groups > 100)
☐ Annual (Advance) ☐ Semi-Annual ☐ Quarterly

(subject to prior approval)

☐شيك ☐تحويل بنكي ☐ نقدا* ☐ بطاقة خصم/إئتمان

*يرجى العلم بإن الدفع النقدي لأكثر من ٤٠,٠٠٠ درهم لن يكون مقبول .

خيارات الدفع (للمجموعات الأكثر من ١٠٠)
☐سنوي (مقدما) ☐نصف سنوي ☐ربع سنوي

(يخضع للموافقة المسبقة)

E. Bank Details

و. معلومات البنك

Bank Name: إسم البنك:

Branch: الفرع:

Account Number: رقم الحساب:

Account Type: نوع الحساب:

F. Group Claims History

ز. معلومات عن المطالبات السابقة

This section is not applicable for Basic (Abu Dhabi) Plan or Renewal Policy.

هذا القسم لا ينطبق على البرنامج الأساسي (أبوظبي) أو لتجديد الوثيقة .

1. Previous Claims History / 3 Years If Applicable

١. السجل السابق للمطالبات الطبية /٣ سنوات (إن وجدت)

السنة Year	عدد الموظفين Number of Employees	تغطية إضافية Additional Cover		المطالبات المعلقة Outstanding Claims		المطالبات المدفوعة Paid Claims	
		العلاج في العيادات الخارجية Outpatient	الإقامة و العلاج داخل المستشفى Inpatient	العلاج في العيادات الخارجية Outpatient	الإقامة و العلاج داخل المستشفى Inpatient	الأسنان Dental	الحمل و الولادة Maternity

2. Previous Scheme Highlight

٢. لمحة عن البرامج السابقة

Annual Limit: الحد الأقصى للتغطية السنوية:

Deductible: مبلغ التحمل:

Co-Insurance: نسبة التحمل:

Additional Benefits: مزايا إضافية:

G. For Groups with 10 or less employee

ج. للمجموعات المكونة من (١٠) موظفين أو أقل

(Additional information to be filled for female employees to be covered under Basic (Abu Dhabi) Plan)

(بيانات إضافية ينبغي تعبئتها للموظفين النساء ليتم تغطيتها ضمن البرنامج الأساسي (أبوظبي)

الإسم Name	الحالة الإجتماعية (متزوج/ أعزب) Marital Status (Married / Single)

Declaration

تعهد

I hereby declare that the statements on this application and other information and documents submitted in connection with this application are full, true and correct and that I have declared all material facts related to this application.

إنني أصرح بأن البيانات المذكورة في هذا الطلب والمعلومات والوثائق المقدمة في هذا الصدد مع الطلب هي كاملة، حقيقية وصحيحة وأنني قد صرحت بجميع الوقائع المادية المتعلقة بهذا الطلب.

I understand that non-disclosure or misrepresentation of any material fact shall invalidate the policy.

إنني على ادراك بأن عدم التصريح عن المعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة سوف يؤدي إلى إلغاء الوثيقة.

All documents and information included in this Application Form has been entered by me, with my knowledge or by my Legal Representative.

جميع الوثائق والمعلومات الواردة في هذا الطلب تم إدخالها من قبلي، مع علمي أو عن طريق الممثل القانوني عني.

I hereby declare that all individuals to be enrolled/ renewed under the Basic (Abu Dhabi) Plan or the Essential Benefits Plan are eligible for insurance in accordance with the rules and regulations as set out in the Health Insurance laws in the Emirate of Abu Dhabi, Emirate of Dubai and/or the United Arab Emirates.

إنني أصرح بأن جميع الأفراد المراد تسجيلهم /التجديد لهم ضمن البرنامج الأساسى (أبوظبى) أو برنامج المنافع الأساسية، هم أفراد مؤهلين للحصول على التأمين وفقاً للقواعد و اللوائح المنصوص عليها في قانون التأمين الصحي لإمارة أبوظبي، إمارة دبي و/أو دولة الإمارات العربية المتحدة.

I hereby declare and undertake to submit to Daman the following missing or incomplete documents within sixty (60) days from the date of issuance of the health insurance cards:

أقر وأتعهد للشركة الوطنية للضمان الصحي- ضمان (ش.م.ع) بتقديم المستندات الناقصة أو الغير مكتملة التالية خلال (٦٠) يوماً من تاريخ إصدار بطاقات التأمين الصحي:

☐ Passport copy
☐ Valid Abu Dhabi issued residence visa copy
☐ Copy of labour card and labour contract
☐ Copy of valid trade / commercial license issued in the Emirate of Abu Dhabi
☐ Valid EID card for new entrants / children under 12 months

☐ صورة من جواز السفر
☐ صورة لتأشيرة الإقامة صادرة من إمارة أبوظبي
☐صورة من بطاقة العمل وعقد العمل
☐ صورة رخصة تجارية سارية صادرة من إمارة أبوظبى.
☐ بطاقات الهوية للداخلين الجدد/ الأطفال دون ١٢ شهراً

Failure to provide Daman with the missing or incomplete documents within the time period provided may result in Daman exercising its termination rights as per Article 3.2(F) of the Policy Wording.

إن الإخفاق بتزويد ضمان بهذه المستندات الناقصة أو الغير مكتملة خلال الفترة المحددة، فسوف تقوم ضمان بتطبيق حقها بالإنهاء بحسب البند رقم ٣-٢ (و) من نص الوثيقة.

I hereby understand and acknowledge that delay in renewal of the Policy may result in loss of continuity of coverage and that penalties as per the rules and regulations as set out in the Health Insurance laws in the Emirate of Abu Dhabi, Emirate of Dubai and/or the United Arab Emirates may be imposed for the time period wherein there was no valid insurance coverage.

إنني أقر وإنني على علم بأن التأخير في تجديد الوثيقة قد يؤدي إلى فقدان استمرارية التغطية والتي قد تفرض عقوبات وفقا للقانون بحسب الفترة الزمنية التي لم يكن فيها تغطية تأمين صحي سارية المفعول.

For and on behalf of the Company

لأجل وبالنيابة عن الشركة

Name: ..... الإسم:
Job Title: ..... المسمى الوظيفي:
Date: ..... التاريخ:
Signature and stamp: ..... التوقيع والختم:

For Daman Use Only

لإستخدام ضمان فقط

Source of Business: ☐ Direct ☐ HIS ☐ Broker ☐ وسيط ☐ موظف ضمان ☐ مباشر :مصدر العميل
Sales Staff/ Broker: ..... ممثّل المبيعات / الوسيط:
Application received by: ..... تم إستلام الطلب من قِبل:
Process Reference Number: ..... رقم المعاملة: