

التاريخ:

إمارة أبوظبي
هيئة الصحة - أبوظبي
ص.ب. ٥٦٧٤
أبو ظبي
الامارات العربية المتحدة

إقرار

نحن الموقعين أدناه:

الرقم	الاسم	الجنسية	رقم جواز السفر	النوع
١				مؤمن عليه
٢				صاحب عمل / شريك / كفيل

نقر بأن كافة المستندات المقدمة منا بما فيها مستند إثبات الراتب / الدخل صحيحة ومطابقة للحقيقة. وفي حال ثبوت عدم صحة أي مستند من هذه المستندات يكون لهيئة الصحة - أبوظبي فرض الغرامة المقررة عن هذه المخالفة والواردة في اللائحة التنفيذية لقانون الضمان الصحي.

وهذا إقرار منا بذلك.

صاحب العمل / الكفيل / الشريك

المؤمن عليه (المستثمر)

تم التوقيع أمامنا:

الإسم:

الوظيفة:

ختم الشركة:

Date:

Emirate of Abu Dhabi
Health Authority – Abu Dhabi
P.O Box 5674
Abu Dhabi
United Arab Emirates

Declaration

We the undersigned,

No.	Name	Nationality	Passport No.	Type
1				Insured
2				Employer/ Partner/Sponsor

Do hereby declare that all the documents including the salary/ income certificate are correct and true. If any of such documents turns out to be untrue, the Health Authority – Abu Dhabi shall have the right to impose the due penalty for such offence as stated in the Executive Regulations of the Health Insurance Law.

In witness whereof we set our hand

Investor

Employer /Partner /Sponsor

Signed before us:

Name:

Title:

Company Stamp: