

Group Application Form - Basic (Abu Dhabi) plan

طلب تأمين صحي لفئة المجموعات - برنامج التأمين الأساسي (أبوظبي) الرقم المرجعي للطلب:

Request Reference No:

A. Company Information

Company Name: اسم الشركة:
 Company Trade License Number: رقم الرخصة التجارية للشركة:
 (Copy to be provided) (يرجى إرفاق نسخة)
 Trade License issuing authority جهة إصدار الرخصة التجارية
 Tax Registration Number رقم التسجيل الضريبي:
 Company Address: عنوان الشركة:
 (Address, Emirates and P.O Box) (العنوان، الإمارة، ص.ب)
 Total Number of Employees: إجمالي عدد الموظفين:
 Contact Person: اسم الشخص المسؤول:
 Designation: الوظيفة:
 Phone Number: الهاتف:
 Mobile Number: الهاتف المتحرك:
 E-mail: البريد الإلكتروني:

B. For Groups with 10 or less employee

(Applicable for female employees only)

ب. للمجموعات المكونة من (١٠) موظفين أو أقل

(يتم تعبئة الجدول أدناه للموظفات النساء فقط)

الاسم Name	الحالة الاجتماعية (متزوج / أعزب) Marital Status (Married / Single)	الاسم Name	الحالة الاجتماعية (متزوج / أعزب) Marital Status (Married / Single)	الاسم Name	الحالة الاجتماعية (متزوج / أعزب) Marital Status (Married / Single)

Declaration

I, the undersigned, in my authority as
 of
 declare that the statements on this application and other information and documents submitted in connection with this application are full, true, and correct in regards to members as listed on the member list, and that I have declared all material facts related to this application and I understand that non-disclosure or misrepresentation of any material fact shall invalidate the policy and I/the company may be held liable for these untrue statements.

I, hereby declare that all the member(s) to be enrolled/renewed Under the respective health insurance policy, as names in the member list sent with this declaration via email are holding valid passports (or Emirates ID) and residence visas. In the event that they are not holding a valid residence visa (for residents), I hereby undertake to provide Daman with an undertake to provide Daman with an undertaking letter in regard to such expired residence visa.

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

I hereby declare and undertake to submit to Daman the following missing or incomplete documents:

- Passport copy / Valid residence visa copy*
- Copy of labour card and labour contract*
- Copy of valid trade / commercial license*
- Valid EID card for new entrants**
- Valid EID card for children under 12 months***

*Document should be submitted within a maximum of 60 days.
 **Document should be submitted within a maximum of 30 days.
 ***Document should be submitted within a maximum of 180 days
 From the date of birth

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

For and on behalf of the Company

Name:
 Job Title:
 Date:
 Signature and stamp:

إقرار

أنا الموقع أدناه، بصفتي النافذة ك.....
 ل.....
 أقرب بأن البيانات المذكورة في هذا الطلب والمعلومات والوثائق المقدمة في هذا الصدد مع الطلب هي "كاملة" و"حقيقية" و"صحيحة" بالنسبة لي وكذلك لجميع الأعضاء المدرجين بقائمة الأعضاء، وأني قد صرحت بجميع الوقائع المادية المتعلقة بهذا الطلب وبأن عدم التصريح بالمعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة سوف يؤدي إلى إلغاء الوثيقة وتحملي و/أو تحمل الشركة المسؤولية عن هذه البيانات غير الصحيحة.

أقرب بأن جميع الأعضاء المذكورة أسمائهم ضمن قائمة الأعضاء المرسلة عن طريق البريد الإلكتروني والمراد التسجيل/التجديد لهم ضمن وثيقة التأمين الصحي المعنية، جميعهم لديهم جوازات سفر (أو هوية الإمارات) وتأشيرات إقامة صالحة المدة (للمقيمين). وأتعهد بتزويد ضمان برسالة تعهد فيما يتعلق بتأشيرات الإقامة منتهية الصلاحية.

إنني أصرح بأن جميع الأفراد المراد التسجيل/التجديد لهم ضمن البرنامج الأساسي (أبوظبي) أو برنامج المنافع الأساسية، أفراد مؤهلين للحصول على التأمين وفقاً للقواعد واللوائح المنصوص عليها في قانون التأمين الصحي لإمارة أبوظبي.

أقرب وأتعهد للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان (ش.م.ع) بتقديم المستندات الناقصة أو غير المكتملة التالية:

- صورة من جواز السفر / صورة الإقامة سارية المفعول*
- صورة من بطاقة العمل وعقد العمل*
- صورة رخصة تجارية سارية صادرة من إمارة أبوظبي*
- بطاقات الهوية للمشاركين الجدد**
- بطاقات الهوية للأطفال تحت ١٢ شهراً***

*يجب تقديم المستندات التالية خلال فترة أقصاها ٦٠ يوم
 **يجب تقديم المستند التالي خلال فترة أقصاها ٣٠ يوم
 ***يجب تقديم المستند التالي خلال فترة أقصاها ١٨٠ يوم
 من تاريخ الميلاد

إن الإخفاق في تزويد ضمان بهذه المستندات الناقصة أو غير المكتملة خلال الفترة المحددة قد ينتج عنه قيام ضمان بممارسة حقها في إنهاء بحسب المادة رقم ٢-٣ (و) من نص الوثيقة.

لأجل وبالنيابة عن الشركة

الاسم:
 المسمى الوظيفي:
 التاريخ:
 لتوقيع والختم: