

Individual Application Form – Basic (Abu Dhabi) Plan

طلب تأمين صحي للأفراد - البرنامج الأساسي (أبوظبي)

▪ The form must be completed in **CAPITAL LETTERS**.

▪ يرجى الكتابة بخط واضح.

Policy Type:

New Renewal

نوع الوثيقة:

وثيقة جديدة تجديد الوثيقة

Policy Information:

* (For renewal policy) Current Policy Number :

* (لتجديد الوثيقة) رقم الوثيقة الحالي:

Policy Effective Date (DD/MM/YYYY):

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

Policy Expiry Date (DD/MM/YYYY):

تاريخ إنتهاء الوثيقة (يوم / شهر / سنة):

Period of coverage: 1 Year from Policy Effective Date

مدة التغطية: سنة واحدة تبدأ من تاريخ بدء سريان وثيقة التأمين

A. Policyholder (Sponsor) Information

أ. معلومات صاحب الوثيقة (الكفيل)

First Name:
Middle Name:
Family Name:
Marital Status: Single Married Other آخر
Gender: Male Female
Date of Birth (day/month/year):
Nationality:
Emirates ID Number:
Place of Visa Issuance:
Occupation:
Phone Number:
Mobile Number:
Fax Number:
Email:
Mailing Address:
City: P.O. Box:

الإسم الأول:
الإسم الأوسط:
إسم العائلة:
الحالة الإجتماعية: متزوج أعزب آخر
الجنس: أنثى ذكر
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):
الجنسية:
رقم هوية الإمارات:
مكان إصدار الإقامة:
المهنة:
رقم الهاتف:
رقم الهاتف المتحرك:
رقم الفاكس:
البريد الإلكتروني:
عنوان البريد:
المدينة: ص.ب:

B. Member(s) Details

ب. بيانات الأفراد

	العضو ١ Member 1	العضو ٢ Member 2	العضو ٣ Member 3	العضو ٤ Member 4	العضو ٥ Member 5
First Name / الإسم الأول					
Middle Name / الإسم الأوسط					
Family Name / إسم العائلة					
Gender (Male / Female) / النوع (ذكر / أنثى)					
Relationship / علاقته بصاحب الوثيقة					
Marital Status / الحالة الإجتماعية					
Membership Number (If available) / رقم المشترك (إذا توفر) /					
Date of Birth (day/month/year) / تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)					
UID Number (Visa Number) / رقم التأشيرة					
Emirates ID Number / رقم هوية الإمارات					
Place of Visa Issuance / مكان إصدار الإقامة					
Nationality / الجنسية					
Additional information to be filled by GCC Nationals / Individuals without identity documents معلومات إضافية يتم تعبئتها من قبل مواطني دول مجلس التعاون الخليجي / أفراد لا يحملون الهوية					
Entry date to UAE / تاريخ الدخول لدولة الإمارات					
Place of work / مكان العمل					
Place of residence / مكان الإقامة (السكن)					
Work joining date / تاريخ الإنضمام للعمل					

* Please attach additional sheet in case of more dependants.

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

Declarations

I, the undersigned, hereby declare that:

- I am aware of the rules relating to the eligibility conditions of the Basic (Abu Dhabi) Plan as stated in the Health Insurance Law No. 23/2005 and its Executive Regulations No. 25/2006 including all other amending regulations, instructions, circulars, standards and/or resolutions ('Law') as applicable in the Emirate of Abu Dhabi and any applicable Federal or State laws in the United Arab Emirates;
- All individuals listed in Section B above to be enrolled/renewed under the Basic (Abu Dhabi) Plan are eligible for Abu Dhabi Basic insurance as set out under the Law;
- The statements on the application in regard to either my employees or myself and/or dependants are complete, true and correct and that all material facts related to this application have been declared;
- The members to be enrolled/renewed under the Basic (Abu Dhabi) insurance policy do not hold any other health insurance coverage;
- All documents and information submitted with this Application Form has been entered by me, or with my knowledge or by my Legal Representative.
- Missing / incomplete documents** - The following missing / incomplete documents will be provided to Daman within sixty (60) days from the date of issuance of the health insurance cards:
 - Passport copy
 - Valid residence visa copy issued from the Emirate of Abu Dhabi
 - Valid EID card for new entrants / children under 12 months

Failure to provide Daman with the missing / 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.
- Husband not resident in the UAE** - The member's husband is not residing or working in the United Arab Emirates. In the event that the member's husband is to enter the United Arab Emirates for either residence or work, I undertake to immediately notify Daman of the change in circumstances.
- New entrants work declaration** - The member to be enrolled who is holding a visa status of either not allowed/not permitted to work or none or housewife is not currently working within the United Arab Emirates in either the government (local/federal) and/or private sector. The Policyholder hereby undertakes that in the event that the employment status of the member changes during the policy period that they will immediately notify Daman of the change in status.

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 Law may be imposed for the time period wherein there was no valid insurance coverage.
- The Benefits and Coverage of Health Services as covered under the Basic (Abu Dhabi) insurance policy / card is described in the Policy Wording. By signing this Application, I acknowledge that I have received all pertinent information with regards to the Benefits, Coverage and eligibility of the Basic (Abu Dhabi) insurance policy from Daman;

Signature of the Policyholder or his Legal Representative:

Name:

Signature:

Date:

For Daman Use Only

Source of Business: Direct HIS Broker

Sales Staff/ Broker:

Application received by:

Process Reference Number:

تعهد

إنني الموقع أدناه أصرح بالآتي:

- إنني على إدراك بالقوانين المتعلقة بشروط الأهلية بخصوص وثيقة التأمين الأساسي (أبوظبي) و المذكورة بقانون أبوظبي للتأمين الصحي رقم ٢٣/٢٠٠٥ و لوائحه التنفيذية رقم ٢٥/٢٠٠٦ و أي قوانين أخرى معدلة، تعليمات، تعاميم، معايير و/أو قرارات ("القانون") الخاصة بإمارة أبوظبي و أي قوانين اتحادية مطبقة في دولة الإمارات العربية المتحدة..
- جميع الأفراد الواردين ضمن القسم (ب) أعلاه لتسجيلهم/التجديد لهم ضمن البرنامج الأساسي (أبوظبي) هم مؤهلين لوثيقة التأمين الأساسي (أبوظبي) كما جاء في القانون.
- أصرح عن نفسي و نيابة عن الموظفين و/أو المعالين، بأن المعلومات المقدمة في هذا الطلب هي حقيقية و صحيحة و كاملة و قد تم التصريح بجميع الوقائع المادية المتعلقة بهذا الطلب.
- الأعضاء المراد تسجيلهم/التجديد لهم ضمن البرنامج الأساسي (أبوظبي) لا يحملون أي تغطية تأمينية صحية أخرى.
- جميع المستندات و المعلومات المذكورة و المرفقة بطلب التأمين هذا هي معلومات قد قمت بإدخالها بنفسي، أو بعلم مني أو عن طريق ممثلي القانوني.
- المستندات الناقصة/الغير مكتملة - سيتم تزويد ضمان بالمستندات الناقصة / الغير مكتملة التالية خلال ستين (٦٠) يوماً من تاريخ صدور بطاقات التأمين الصحي:
 - صورة جواز السفر
 - صورة إقامة سارية المفعول صادرة من إمارة أبوظبي
 - بطاقة هوية الإمارات سارية المفعول للدخول الجدد/ الأطفال دون ١٢ شهر.

إن الإخفاق بتزويد ضمان بهذه المستندات الناقصة / الغير مكتملة خلال الفترة المحددة، فسوف تقوم ضمان بتطبيق حقها بالإلغاء بحسب البند رقم ٣-٢ (و) من نص الوثيقة.
- الزوج غير المقيم داخل دولة الإمارات العربية المتحدة** - زوج العضوة غير مقيم في دولة الإمارات العربية المتحدة. في حال دخول زوج العضوة إلى دولة الإمارات العربية المتحدة و تواجهه فيها بغرض الإقامة أو العمل، فإنني أتعهد بإعلام ضمان فوراً بالوضع الجديد.
- إقرار خاص بالعمل للقادمين الجدد إلى الدولة** - العضو المراد تسجيله حامل تصريح الدخول (أما غير مسموح/ غير مصرح له بالعمل أو لاشيء أو ربة منزل) لا يعمل حالياً في دولة الإمارات العربية المتحدة في أي من القطاعات الحكومية، شبه الحكومية أو الخاصة في الدولة. يتعهد صاحب الوثيقة بأنه في حال حدوث أي تغير في الحالة الوظيفية للعضو ضمن فترة سريان وثيقة التأمين، فسوف يقوم بإبلاغ ضمان فوراً بتغير الحالة.

و أقر بأنني على علم بالآتي:

- قد يؤدي التأخير في تجديد الوثيقة إلى فقدان استمرارية التغطية والتي قد تفرض عقوبات وفقاً للقانون بحسب الفترة الزمنية التي لم يكن فيها تغطية تأمين صحي سارية المفعول.
- إن المنافع والخدمات الصحية المغطاة ضمن بطاقة التأمين/وثيقة التأمين الأساسي (أبوظبي) مفضلة ضمن نص الوثيقة. وعند التوقيع على هذا الطلب، أقر بأنني تلقيت جميع المعلومات ذات الصلة فيما يتعلق بالمنافع، التغطية وشروط الأهلية للبرنامج الأساسي (أبوظبي) من ضمان.

توقيع صاحب الوثيقة أو الممثل القانوني:

الإسم:

التوقيع:

التاريخ:

لإستخدام ضمان فقط

مصدر العميل: مباشر موظف ضمان وسيط

ممثل المبيعات / الوسيط:

تم إستلام الطلب من قبل:

رقم المعاملة: