

Endorsement Form

موقع المبيعات Sales Location:	Nature of Request / نوع الطلب <input type="checkbox"/> Basic / أساسي <input type="checkbox"/> Enhanced / معزز	
صاحب وثيقة التأمين Policy Holder:	<input type="checkbox"/> Member Addition	<input type="checkbox"/> إضافة مشترك
رقم وثيقة التأمين Policy Number:	<input type="checkbox"/> Member Correction	<input type="checkbox"/> تصحيح مشترك
رقم المرجع (للاستخدام الداخلي فقط) Track Number: (For internal use only)	Member Count:	<input type="checkbox"/> إلغاء مشترك
	Member Information to be submitted: <input type="checkbox"/> Member information sheet <input type="checkbox"/> Electronic (Excel sheet)	<input type="checkbox"/> تفعيل مشترك
	<input type="checkbox"/> Policy Correction	<input type="checkbox"/> تصحيح وثيقة التأمين
	<input type="checkbox"/> Policy Cancellation	<input type="checkbox"/> إلغاء وثيقة التأمين
	<input type="checkbox"/> Policy Reactivation	<input type="checkbox"/> تفعيل وثيقة التأمين
	<input type="checkbox"/> Lost Card	<input type="checkbox"/> فقدان بطاقة
	<input type="checkbox"/> Member Certificate	<input type="checkbox"/> شهادة مشترك
	<input type="checkbox"/> Travel Certificate	<input type="checkbox"/> شهادة سفر

Declaration	تعهد
1. I hereby declare that all individuals to be enrolled under the Basic (Abu Dhabi) Plan are eligible for Basic insurance in accordance with the rules and regulations set out in the Abu Dhabi Health Insurance Law 23/2005 and its Executive Regulations 25/2006.	١. أقر بأن جميع الأفراد المراد تسجيلهم ضمن البرنامج الأساسي (أبوظبي) مؤهلين للحصول على التأمين الأساسي وفقاً للقواعد واللوائح المنصوص عليها في قانون رقم ٢٠٠٥/٢٣ بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي واللوائح التنفيذية رقم ٢٠٠٦/٢٥.
2. I am also aware about the consequences of any false declaration or misrepresentation as mentioned in the LOA, Policy Wording and any other document that constitutes the whole policy.	٢. كما أنني على علم بالآثار المترتبة على أي إقرار أو افادات خاطئة كما هو مذكور في خطاب الموافقة على التأمين ونص وثيقة التأمين وأي وثائق أخرى التي تشكل مجموعها وثيقة التأمين.
3. I also understand and consent that this endorsement may affect the premium rate and I agree to pay the renewed premium as per the terms and conditions of the LOA and Policy Wording or any other provision of Daman.	٣. كما أدرك وأوافق بأن هذا الملحق قد يؤثر على قيمة قسط التأمين وأوافق على أن أدفع قسط التأمين الجديد حسب أحكام وشروط خطاب الموافقة على التأمين ونص وثيقة التأمين أو أي شرط من شروط ضمان.
4. I am 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 ("Emirate"), Daman should be provided with proof of previous insurance coverage (continuity of coverage certificate). I undertake and declare that I will continuously disclose to Daman those employees who reside or work in the Emirate be in compliance with the health insurance regulations of the emirate.	٤. أنا أيضاً على علم بأنه بموجب أحكام قانون رقم ٢٠٠٥/٢٣ بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي ولوائحته التنفيذية رقم ٢٠٠٦/٢٥ على جميع الأفراد الذين يقيمون أو يعملون في إمارة أبوظبي ("الإمارة") تزويد ضمان بإثبات للتغطية التأمينية السابقة (شهادة استمرارية التغطية). وأتعهد وأقر بأنني سوف أطلع ضمان بصفة مستمرة بأولئك الموظفين الذين يقيمون او يعملون في الإمارة وضمن التزامهم التام بلوائح الضمان الصحي في الإمارة.
5. I/we hereby confirm that all the names of the individuals listed in this document with UAE nationalities are also holders of the UAE family book / Khoulast Al Kaid.	٥. أنا / نحن نؤكد أن كل الأشخاص الواردة أسماؤهم في هذه الوثيقة من الجنسية الإماراتية هم أيضاً يحملون خلاصة قيد.

Required Documents	المستندات المطلوبة	Signature & Company Stamp التوقيع وختم الشركة
Member Addition: <ul style="list-style-type: none"> Valid visa and passport copy Valid labour contract/salary certificate (Basic) Approved Quotation (Enhanced) Member Picture Birth Certificate (new-born baby) Continuity Certificate (if previously insured with other insurance company) Valid Emirates ID Copy (Abu Dhabi Residents) 	إضافة مشترك: <ul style="list-style-type: none"> صورة عن جواز السفر والإقامة سارية المفعول عقد العمل/شهادة راتب سارية المفعول (أساسي) عرض سعر موافق عليه (معزز) صورة شخصية للمشارك شهادة ميلاد (للطفل المولود حديثاً) شهادة إستمرارية (للمؤمن عليهم سابقاً في شركة تأمين أخرى) صورة عن بطاقة الهوية سارية المفعول (للمقيمين في إمارة أبوظبي) 	
Member Cancellation/Correction: <ul style="list-style-type: none"> Daman Card or Undertaking Letter Passport copy: (Correction of name, age or photo) 	إلغاء/تصحيح المشترك: <ul style="list-style-type: none"> بطاقة (ضمان) أو كتاب تعهد من صاحب العمل صورة عن جواز السفر (تصحيح الإسم أو العمر أو الصورة) 	Name / الإسم: Title / المهنة: Date / التاريخ: