|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[On company letterhead]** | **[على ورق الشركة]** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| Date: | **التاريخ:** | |
|  |  | |
| Chief Commercial Officer | المدير التنفيذي للشؤون التجارية | |
| National Health Insurance Company – Daman PSJC | | الشركة الوطنيّة للضمان الصحّي – ضمان |
| P.O Box 128888 | صندوق بريد 128888 | |
| Abu Dhabi | أبوظبي | |
| United Arab Emirates | الإمارات العربية المتحدة | |
|  |  | |
|  |  | |
| Dear Sir, | السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، | |
|  |  | |
| **DECLARATION** | **إقرار** | |
|  |  | |
| I, the undersigned, in my authority as \_\_\_\_\_ (Insert Title) of \_\_\_\_\_\_(Insert Company Name), do hereby declare that all the member(s) to be enrolled/renewed under the respective health insurance policy, as named 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, I hereby undertake to provide Daman with an undertaking letter in regard to such expired residence visa. | أنا الموقّع أدناه، بصفتي النافذة كـَ \_\_\_\_\_\_ (المسمى الوظيفي) لـِ \_\_\_\_\_\_\_\_(إسم الشركة) ، أُقر بأن جميع الأعضاء المذكورة أسمائهم ضمن قائمة الأعضاء المُرسلة عن طريق البريد الإلكتروني و المُراد تسجيلهم/التجديد لهم ضمن وثيقة التأمين الصحي المَعنية، جميعهم لديهم جوازات سفر (أو هوية الإمارات) و تأشيرات إقامة صالحة المُدة. في حال لم يكن لديهم تأشيرات إقامة صالحة المدة، أتعهد بتزويد ضمان برسالة تعهد فيما يتعلّق بتأشيرات الإقامة منتهية الصلاحية. | |
|  |  | |
| The information stated in this document is true and correct in regard to all members as listed on the member list, and I understand that providing false or untrue information shall be considered a violation of the relevant health insurance regulations and that I/the Company may be held liable for these untrue statements. | إن المعلومات المذكورة ضمن هذا القيد هي معلومات صحيحة و كاملة بالنسبة لي و كذلك لجميع الأعضاء المُدرجين بقائمة الأعضاء، و إنني على إدراك بأن تقديم أي معلومات خاطئة و غير حقيقية سيُعد إنتهاك لقوانين و قواعد التأمين الصحي و سيؤدي إلى تحمٌّلي/تحمٌّل الشركة المسؤولية عن هذه التصريحات الغير صحيحة. | |
|  |  | |
|  |  | |
| Yours Sincerely, | تفضلوا بقبول فائق الإحترام، | |
|  |  | |
|  |  | |
| **Signature:** | **التوقيع:** | |
|  |  | |
| **Name:** | الإسم: | |
| **Title:** | الوظيفة: | |
|  |  | |
| **[Company Stamp]** | [ختم الشركة] | |
|  |  | |
| **Instructions for Submission of Declaration:** | **تعليمات تقديم الإقرار:** | |
|  |  | |
| 1. All fields in the document must be completed. | 1. يجب تعبئة جميع الخانات في هذا القيد. | |
| 1. The declaration must be typed and submitted on company letterhead. Furthermore, it should be dated, signed and stamped by the authorised signatory. | 1. يجب طباعة الإقرار و إرساله على الورق الرسمي للشركة. علاوة على ذلك، يجب ذكر التاريخ عليها، توقيعها و ختمها من قبل المُفوّض بالتوقيع. | |
| 1. If the member list is submitted as a soft copy excel sheet from the client, it should be attached with a signed copy of the declaration to the email that is sent to Daman. The date on the excel sheet should match with the date of the declaration. | 1. إذا تم تقديم قائمة الاعضاء كنسخة الكترونية على جدول إكسل من العميل، فيجب أن يرفق مع نسخة موقعة لهذا الإقرار مع البريد الالكتروني الذي يرسل الى ضمان. يجب أن يتطابق التاريخ على جدول إكسل مع تاريخ قيد الإقرار. | |
| 1. If the declaration is submitted as a hard copy, the member list must also be submitted with the declaration. Each page of the declaration and the member list must be stamped. | 1. إذا تم تقديم قائمة الأعضاء كنسخة ورقية، فيجب تقديم قائمة الاعضاء مع الإقرار. ويجب ختم كل صفحة من صفحات الإقرار وقائمة الاعضاء بختم الشركة. | |