

Endorsement Form

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

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 واللائحة 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 إفادات 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 ولائحته التنفيذية رقم ٢٠٠٦/٢٥ على جميع الأفراد الذين يقيمون أو يعملون في إمارة أبوظبي ("الإمارة") تزويد ضمان بآليات للتغطية التأمينية السابقة (شهادة استمرارية التغطية). واتعهد وأقر بأنني سوف أطلع ضمان بصفة مستمرة بأولئك الموظفين الذين يقيمون أو يعملون في الإمارة وضمان 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: - 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: - 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: - Daman Card or Undertaking Letter - Passport copy: (Correction of name, age or photo)	إلغاء/تصحيح المشترك: - بطاقة (ضمان) أو كتاب تعهد من صاحب العمل - صورة عن جواز السفر (تصحيح الاسم أو العمر أو الصورة)	Name / الإسم: Title / المهنة: Date / التاريخ: