

Individual Application Form

طلب تأمين صحي للأفراد

Instructions

- The application for insurance once accepted by Daman forms part of the policy.
- Form to be completed in CAPITAL LETTERS.
- Application Form not applicable for Enhanced Sahtak UG Plans
- استمارة التأمين المقبولة من قبل ضمان تشكل جزء من الوثيقة.
- يرجى الكتابة بخط واضح.
- لا ينطبق طلب التأمين هذا على خيارات الترقية لبرنامج صحتك المعزز

Policy Type:

☐ New ☐ Renewal

نوع الوثيقة:

☐ وثيقة جديدة ☐ تجديد الوثيقة

For Renewal Policy:

لتجديد الوثيقة:

Current Policy Number:

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):

A. Policy Holder's Information

أ. معلومات صاحب الوثيقة

Full Name (First, Middle and Family):

الإسم بالكامل (الأول، الوسط والعائلة):

Occupation:

المهنة:

Marital Status:

☐ Single

☐ Married

☐ Other

☐ أخرى

☐ متزوج

☐ أعزب

الحالة الاجتماعية:

Gender:

☐ Male

☐ Female

☐ أنثى

☐ ذكر

الجنس:

Nationality:

الجنسية:

Date of Birth: (day/month/year)

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):

Employer:

جهة العمل:

Passport Number:

رقم الجواز:

Emirates ID:

رقم هوية الإمارات:

Place of Visa Issuance:

مكان إصدار التأشيرة:

UID Number (Visa Number):

رقم التأشيرة:

Phone Number:

رقم الهاتف:

Mobile Number:

رقم الهاتف المتحرك:

Fax Number:

رقم الفاكس:

Email:

البريد الإلكتروني:

Mailing Address:

عنوان البريد:

City:

P.O. Box:

ص.ب:

المدينة:

B. Proposed Eligible Persons

ب. بيانات الأشخاص المؤهلين المقترحين

رقم بطاقة ضمان السابقة (إن وجد) Previous Daman Card Number (if applicable)	رقم التأشيرة UID Number (Visa Number)	رقم هوية الإمارات Emirates ID	الجنسية Nationality	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة) Date of Birth (DD/MM/YYYY)	علاقته مع صاحب الوثيقة Relationship to Policy Holder	الجنس Gender	الإسم Name
							المؤمن عليه الرئيسي Principal
							المعال ١ Dep. 1
							المعال ٢ Dep. 2
							المعال ٣ Dep. 3
							المعال ٤ Dep. 4
							المعال ٥ Dep. 5
							المعال ٦ Dep. 6

C. Health Insurance Plans

Plan Name (In-Patient and Out-Patient)	Deductible (in AED)*	Additional Benefits
.....		☐ Dental* ☐ Dental and Optical*

* Only if offered under the opted Health Insurance plan

D. Mode of Payment

☐ Cheque ☐ Credit Card ☐ Bank Transfer ☐ Cash*
--

*Please note that cash payments over AED 40,000 are not acceptable. Note: Premiums are payable in advance for full year.

E. Medical History Declaration

- Please answer the following questions which apply to all named applicant and tick the relevant box.
- Section E does not have to be completed if this is a renewal application.

ج. برامج التأمين الصحي

إسم البرنامج (الإقامة و العلاج داخل المستشفى و العيادات الخارجية)	مبلغ التحمل (بالدرهم)*	المنافع الإضافية
.....		☐ علاج الأسنان* ☐ علاج الأسنان والخدمات البصرية*

* فقط في حال كانت التغطية متاحة ضمن برنامج التأمين الصحي الذي تم إختياره.

د. طريقة الدفع

☐ شيك ☐ بطاقة الإئتمان ☐ تحويل بنكي ☐ نقدا*

* ملاحظة: إن طريقة الدفع النقدي لأكثر من ٤٠,٠٠٠ درهم غير مقبولة. ملاحظة: قسط التأمين يدفع مقدماً لسنة كاملة.

هـ. تصريح بالسوابق الطبية

- الرجاء الإجابة عن الأسئلة أدناه التي تنطبق على جميع المتقدمين لطالب التأمين الصحي و إختيار المربع المناسب.
- لا يُطبق هذا القسم (هـ) في حال كان هذا الطلب بهدف تجديد الوثيقة.

رقم No	المؤمن عليه الرئيسي Principal	المعال ١ Dep. 1	المعال ٢ Dep. 2	المعال ٣ Dep. 3	المعال ٤ Dep. 4	المعال ٥ Dep. 5	المعال ٦ Dep. 6
1.	Are you or any of the dependents suffering from or taking medication for any chronic medical condition specifically but not limited to: Diabetes, high blood pressure, high cholesterol, heart diseases, stroke, kidney diseases, gall bladder conditions? هل تعاني أنت أو أي من المعالين من أي حالة طبية مزمنة أو تتناول أنت أو أي من المعالين الادوية والعقاقير الطبية لأي من الحالات المرضية التالية، على سبيل المثال لا الحصر: مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع الكوليسترول، أمراض القلب، السكتة الدماغية، أمراض الكلى، أمراض المرارة؟						
	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا
2.	Are you or any of the dependents suffering from or on regular checkups for any major medical condition but not limited to: cancer, spine disorders, joint disorders, immune system disorders, chronic kidney/heart/bone marrow/liver dysfunction/failure? هل تعاني أنت أو أي من المعالين، أو تخضعون لفحوصات منتظمة لأي من الحالات المرضية التالية، على سبيل المثال لا الحصر: السرطان، واضطرابات العمود الفقري، واضطرابات المفاصل، واضطرابات الجهاز المناعي، والأمراض المزمنة المتعلقة بالكلية / القلب / نخاع العظام / ضعف وفشل الكبد؟						
	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا
3.	Are you or any of your dependents planning for any surgery/treatment or hospitalization or physiotherapy in the near future OR have you been advised by your treating doctor for any surgery/treatment or hospitalization or physiotherapy in the near future? هل تخطط أنت أو أي من أفراد عائلتك لإجراء أي عملية جراحية / علاج أو دخول المستشفى أو العلاج الطبيعي في المستقبل القريب أو هل نصحك طبيبك المعالج بأي جراحة / علاج أو دخول المستشفى أو العلاج الطبيعي في المستقبل القريب؟						
	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا
4.	Have you or any of the dependents ever been insured with Daman in the last 5 years? هل سبق لك أو أي من المعالين التأمين الصحي مع ضمان خلال الخمس سنوات الماضية؟						
	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا
5.	Have you ever suffered from/ diagnosed or treated with/is currently suffering from/receiving any treatment for Covid-19 ? هل تعاني من/ أو تم تشخيصك أو علاجك/ حالياً تعاني من/ تتلقى أي علاج لفيروس كوفيد-١٩ ؟						
	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا
6.	Are you unvaccinated (Covid-19 vaccine)? هل ما زلت تنتظر حصولك على اللقاح المضاد لفيروس كوفيد-١٩ ؟						
	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا
For married females only: للإناث المتزوجات فقط:							
7.1.	Are you currently pregnant? هل أنت حامل حالياً؟						
	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا
7.2.	If Yes, have there been any complications to date (Please provide details in the below table)? إذا كانت الإجابة بنعم، هل تعاني من أي تعقيدات حمل حتى الآن؟ (يرجى ذكر التفاصيل أدنى الجدول)						
	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا

رقم No	المؤمن عليه الرئيسي Principal	المعال ١ Dep. 1	المعال ٢ Dep. 2	المعال ٣ Dep. 3	المعال ٤ Dep. 4	المعال ٥ Dep. 5	المعال ٦ Dep. 6
7.3	Last Menstrual Period date? ما هو تاريخ آخر دورة شهرية؟						
7.4	Are you currently trying to get pregnant? If yes, Please provide us with the Beta HCG Blood report not less than 10 days old? هل تحاولين/تتريين الآن حدوث حمل؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فيرجي تزويدنا بتقرير Beta HCG Blood الذي لا تتجاوز صلاحيته ١٠ أيام؟						
	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا
7.5	Are you undergoing any form of fertility treatment? هل تخضعين لأي شكل من أشكال علاج الخصوبة؟						
	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا	Yes ☐ نعم No ☐ لا

In case the answer is YES to any of the questions above, kindly provide complete details related to Diagnosis, Treatment plan and outcome of the condition below. (Attach additional sheet to provide complete details)

في حال كان الجواب "نعم" على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، الرجاء ذكر التفاصيل الكاملة أدناه فيما يتعلق بالتشخيص، خطة العلاج والنتائج (يرجى إرفاق ورقة إضافية لذكر التفاصيل).

Declaration

I, the undersigned, do hereby acknowledge and confirm that:

أنا الموقع أدناه، أقر وأؤكد بأنني:

- I have received from Daman sales representative: (a) a full and detailed instructions on the information required to be filled in by me in this Application Form; and (b) a comprehensive explanation on the type of insurance benefits covered under each Health Insurance Plans, the terms and conditions; and the exclusions.
- All the information and declaration made in this Individual Application Form whether pertaining to myself or to my Dependents are complete, true and correct and I am fully aware that Daman will base its Quotation on the information provided by me under this form and that any non-disclosure, misrepresentation of any material fact may invalidate the Quotation, the coverage or even the full Policy.
- I understand and acknowledge any pregnancy not declared at the time of this application's coverage will be at the sole discretion of Daman. Daman has the right to not cover the maternity claims of any undeclared pregnancy. I also acknowledge and understand any pregnancy, which arises within forty calendar days from the date of this application; coverage will also be at the discretion of Daman.
- All Eligible Persons Covered under the Policy shall be informed of the relevant terms and conditions of the Policy and any other relevant documents.
- National Health Insurance Company – Daman PJSC ('Daman') reserves the right to offer the quotation for same chosen plan (by customer) OR give counter offer with changed /downgraded plan OR direct/suggest online customers to apply again for the new plan, based on risk assessment and individual medical declarations.

- تلقيت من ممثل مبيعات ضمان: (أ) تعليمات كاملة ومفصلة عن المعلومات المطلوبة مني لتعبئتها في استمارة الطلب هذه؛ (ب) شرح شامل عن منافع التأمين المغطاة في كل برامج التأمين الصحي، والبنود والشروط؛ والاستثناءات.
- جميع المعلومات والتصريحات التي تم تقديمها في طلب التأمين الصحي للأفراد سواء كانت متعلقة بشخصي أو متعلقة بالمعالمين هي كاملة، حقيقية وصحيحة، وأنا على دراية كاملة بأن ضمان ستصدر تسعيرتها بناءً على المعلومات التي قدمتها بموجب هذا الطلب، وقد يؤدي عدم الإفصاح، عدم تقديم معلومات صحيحة إلى إلغاء التسعيرة، التغطية أو حتى الوثيقة بأكملها.
- على فهم وإدراك بأن تغطية حالات الحمل التي لم يتم الإعلان عنها عند تقديم هذا الطلب ستكون وفقاً لتقدير ضمان منفردة. يحق ل ضمان عدم تغطية أي مطالبات متعلقة بالحمل لأي حمل غير مصرح عنه. كما أنني على فهم وإدراك أن تغطية أي حمل تنشأ خلال أربعين (٤٠) يوماً (يوماً تقويمياً) من تاريخ التسجيل ستكون أيضاً وفقاً لتقدير ضمان.
- يتم إبلاغ جميع الأشخاص المؤهلين المشمولين في الوثيقة بالشروط والأحكام ذات الصلة بالوثيقة وأي وثائق أخرى ذات صلة.
- الشركة الوطنية للضمان الصحي- ضمان (ش.م.ع) تحتفظ بحقوقها في تقديم نفس عرض الأسعار للبرنامج التأميني الذي يحدده المتعامل أو تقديم عرض مقابل للعرض السابق مع إمكانية تغيير البرنامج أو اختيار برنامج تأميني مخفض أو اقتراح وتوضيح المتعاملين (أصحاب الطلبات الإلكترونية) بالتقدم مرة أخرى للتجديد في نفس البرنامج التأميني مع مراعاة تقييم المخاطر الصحية المستجدة والإقرارات الطبية التي يقدمها الشخص عن حالته الصحية.

Date:

التاريخ:

Signature:

التوقيع:

For Daman Use Only

لإستخدام ضمان فقط

Processing Location Code:	رمز فرع المعاملة:
Process Reference Number:	الرقم المرجعي للمعاملة:
Policy Effective Date (day/month/year):	تاريخ بدء سريان وثيقة التأمين (يوم/شهر/سنة):
Source Name:	إسم المصدر:
Notes:	الملاحظات:

National Health Insurance Company – Daman (PJSC)
PO Box: 128888
Abu Dhabi, UAE
Phone: 600 5 DAMAN (32626)
Fax: +971 2 6149 775
Website: www.damanhealth.ae

الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان (ش.م.ع.)
صندوق بريد: ١٢٨٨٨٨
أبوظبي – دولة الإمارات العربية المتحدة
رقم الهاتف: (٣٢٦٢٦) 600 5 DAMAN
رقم الفاكس: +٩٧١ ٢ ٦١٤٩٧٧٥
الموقع الإلكتروني: www.damanhealth.ae