

Individual Application Form – Enhanced Sahtak UG Plans

طلب تأمين صحي للأفراد – خيارات الترقية لبرنامج صحتك المعزز

- The application for insurance once accepted by Daman forms part of the policy.
- Form to be completed in CAPITAL LETTERS.

- استمارة التأمين المقبولة من قبل ضمان تشكل جزءاً من الوثيقة.
- يرجى الكتابة بخط واضح.

Policy Type:

☐ New ☐ Renewal

نوع الوثيقة:

☐ وثيقة جديدة ☐ تجديد الوثيقة

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):

A. Policy Holder's Information

First Name:

الإسم الأول:

Middle Name:

الإسم الأوسط:

Family Name:

إسم العائلة:

Phone Number:

رقم الهاتف:

Mobile Number:

رقم الهاتف المتحرك:

Email:

البريد الإلكتروني:

Mailing Address:

عنوان البريد:

City:

P.O. Box:

ص.ب:

المدينة:

B. Dependants Details

ب. بيانات الأفراد المعالين

	رقم وثيقة التأمين لبرنامج صحتك المعزز Enhanced Sahtak Policy Number	رقم بطاقة العضو ضمن برنامج صحتك المعزز Enhanced Sahtak Member Card Number	رقم هوية الإمارات Emirates ID
المعيل 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

ج. برامج التأمين الصحي

D. Mode of Payment

د. طريقة الدفع

☐ Cheque ☐ Credit Card ☐ Bank Transfer ☐ Cash*

☐ شيك ☐ بطاقة الإئتمان ☐ تحويل بنكي ☐ نقدا*

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

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

E. Medical History Declaration

- Please answer the following questions and tick the relevant box.
- Section E does not have to be completed if this is a renewal application.
- Section E should only be completed if you are applying for 'Enhanced Sahtak UG Sapphire' and 'Enhanced Sahtak UG Diamond' plans.

هـ. تصريح بالسوابق الطبية

- الرجاء الإجابة عن الأسئلة التالية وإختيار المربع المناسب.
- لا يُطبق هذا القسم (هـ) عند تجديد الوثيقة.
- يُطبق هذا القسم (هـ) فقط على "خيار الترقية الياقوت لبرنامج صحتك المعزز" و "خيار الترقية الماسي لبرنامج صحتك المعزز".

Medical History Declaration / تصريح بالسوابق الطبية							
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.	Have you or any of the specific dependents ever suffered from/ diagnosed or treated with/is currently suffering from/ receiving any treatment/ have been advised for any medical condition? هل أنت أو أي من المعالين كان قد يعاني من/ تم التشخيص أو المعالجة به/ حالياً تعانون من/ تحصلون على أي علاج/ تم نصيحتكم بأي علاج لأي حالة طبية؟						
	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.	Have you been hospitalised or undergone surgery of any kind in the last 5 years or been advised a surgery which is still pending? هل تم خضوعك للعلاج داخل المستشفى أو خضعت لعملية جراحية من أي نوع خلال الخمس سنوات الماضية أو تم إخطارك بإجراء جراحة ما زالت معلقة؟						
	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 taking any medication (pharmaceutical/ alternative medicine) or have been advised by your treating doctor? هل تتناول حالياً أي عقاقير طبية (أدوية طبية/علاجات بديلة) أو تم نصيحتك بذلك من قبل الطبيب المعالج؟						
	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.	Do you have any physical problems/ disability for which you are undergoing physiotherapy/rehabilitation or have been advised by your treating doctor? هل لديك أي مشاكل بدنية / عجز، تجعلك خاضع للعلاج الطبيعي/إعادة التأهيل أو تم نصيحتك بذلك من قبل الطبيب المعالج؟						
	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 undertaken any lab/blood tests, imaging tests viz. scans/MRI in the last 5 years other than routine health check-up or pre-employment check-up? هل أجريت أي فحوصات مخبرية / فحص دم، اختبارات تصوير بمعنى التصوير بالأشعة/ التصوير بالرنين المغناطيسي في السنوات الخمس الأخيرة بخلاف الفحص الطبي الروتيني أو فحص ما قبل التوظيف؟						
	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.	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
7.	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:							
8.1	Are you currently pregnant? هل أنتِ 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
8.2	If Yes, have there been any complications to date? إذا كانت الإجابة بنعم، هل تعاني من أي تعقيدات حمل حتى الآن؟						
	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
8.3	Last Menstrual Period date? ما هو تاريخ آخر دورة شهرية؟						
8.4	Are you currently trying to get pregnant? هل تحاولين/ترغبين الآن بحدوث حمل؟						
	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
8.5	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 specify the details below.

في حالة كون الجواب "نعم" على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، الرجاء ذكر التفاصيل الكاملة أدناه.

Declaration

I hereby declare with respect to both myself and my dependants that the statements on the Application are complete, true and correct and that all material facts related to this application have been declared.

I acknowledge that upon receipt of the full Premium and acceptance of this Application by the National Health Insurance Company – Daman PJSC ('Daman') that a policy is created. The Policy shall consist of the following documentation which shall be read together:

- Application, Policy Schedule and Quotation
- Schedule of Benefits
- Amendments or Riders to the Policy (if executed)
- Policy Wording (as per the plan chosen)

In the event that the Application is not accepted by Daman the Premium transaction shall be unblocked by Daman within 30 calendar days.

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.

I understand that non-disclosure or misrepresentation of any material facts (including but not limited to the medical history declaration) may invalidate the quoted terms / the health insurance Policy and/or coverage of any undeclared medical conditions.

I hereby agree that the definitions used in this Application are the same as in the Policy Wording, if not specifically defined herein.

I hereby represent and warrant that 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.

Date:

Signature:

For Daman Use Only

Processing Location Code:

Process Reference Number:

Policy Effective Date (day/month/year):

Source Name:

Notes:

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

(أنا/نحن) الموقع أدناه، أصرح عن نفسي و نيابة عن الموظفين/المعالين، بأنه على حد علمي و اعتقادي بأن المعلومات المقدمة من قبلي في هذه الإستمارة صحيحة وكاملة و تم التصريح بجميع الوقائع المادية المتعلقة بهذا الطلب.

أنا أقر أنه يتم إنشاء وثيقة التأمين عند استلام كامل الأقساط المنصوص عليها في عرض السعر وقبول هذا الطلب من قبل الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان ش.م.ع (' ضمان '). تتألف وثيقة التأمين من الوثائق التالية التي يجب أن تقرأ معا:

- طلب التأمين ، جدول الوثيقة و عرض الاسعار
- جدول المنافع
- التعديلات أو ملحقات الوثيقة (إذا نفذت)
- نص الوثيقة (وفقا للبرنامج المختار)

في حال لم يتم قبول الاستمارة من قبل ضمان ، تقوم ضمان بإرجاع قسط التأمين المستلم في غضون ٣٠ يوماً.

انني 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.

(أنا/نحن) أقر بأنني على ادراك بأن عدم التصريح عن المعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة (بما في ذلك لكن دون حصر التصاريح الطبية)، سوف يؤدي إلى إلغاء عرض السعر/وثيقة التأمين الصحي و/أو تغطية أي حالات طبية غير معلن عنها.

إن تغطية الخدمات الصحية المقدمة من قبل الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان (ش.م.ع) مفضلة في نص الوثيقة. و بالتوقيع على هذا الطلب، (أنا/نحن) أقر بالقراءة، الفهم و الموافقة على البنود و الشروط المذكورة في نص الوثيقة.

أوافق/نوافق على أنه بقبولي قسط التأمين المدرج في عرض الشركة، فإنني أتعهد/نتعهد بسداد قسط التأمين للشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان (ش.م.ع) حسب البرنامج الذي قمت بتحديدته و اختياره.

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 ونُصح 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.

التاريخ:

التوقيع:

لإستخدام ضمان فقط

رمز فرع المعاملة:

الرقم المرجعي للمعاملة:

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

إسم المصدر:

الملاحظات:

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