

# طلب تأمين صحي جماعي Group Application Form

Processing Location Code:

- The form must be completed in **CAPITAL LETTERS**.
- The Basic (Abu Dhabi) Plan is applicable only for expatriate residents holding visas issued from the Emirate of Abu Dhabi.
- The Essential Benefits Plan is applicable only for expatriate residents holding visas issued from the Emirate of Dubai.
- Renewal - kindly refer to the attached existing data and update the information.
- Renewal - please fill the census and plans(s) required for the renewal purpose.

- يرجى الكتابة بخط واضح.
- يطبق البرنامج الأساسي (أبوظبي) فقط على الوافدين المقيمين حاملي تأشيرة إقامة صادرة من إمارة أبوظبي.
- يطبق برنامج المنافع الأساسية فقط على الوافدين المقيمين حاملي تأشيرة إقامة صادرة من إمارة دبي.
- تجديد الوثيقة - يرجى الرجوع للبيانات الحالية الموثقة و تحديث المعلومات.
- تجديد الوثيقة - يرجى تعبئة الإحصائية و البرامج المطلوبة للتجديد.

## Policy Type:

New  Renewal

## نوع الوثيقة:

وثيقة جديدة  تجديد الوثيقة

## Policy Information:

### \*For renewal policy

\*Current Policy Number:

Policy Effective Date  
(DD/MM/YYYY):

\*Policy Expiry Date  
(DD/MM/YYYY):

\*رقم الوثيقة الحالي:

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

\*تاريخ إنتهاء الوثيقة  
(يوم / شهر / سنة):

## A. Company Information

## أ. معلومات خاصة بالشركة

Company Name:

Tax Registration Number

Nature of Business:

Company Address:

Emirate:

P.O. Box:

Billing Address:

Street:

Phone Number:

Fax Number:

Contact Person:

Designation:

Mobile Number:

Company Trade License Number:  
(Copy to be provided)

Total Number of Employees:

E-mail:

إسم الشركة:

رقم التسجيل الضريبي

طبيعة نشاط الشركة:

عنوان الشركة:

الإمارة:

ص.ب:

عنوان إرسال الفواتير:

إسم الشارع:

الهاتف:

الفاكس:

إسم الشخص المسؤول:

الوظيفة:

رقم الهاتف المتحرك:

رقم الرخصة التجارية للشركة :  
(يرجى ارفاق نسخة)

إجمالي عدد الموظفين:

البريد الإلكتروني:

## B. Mandatory (Minimum) Benefits Plans

## ب. برامج المنافع الإلزامية (الحد الأدنى من المنافع)

البرنامج  
Plan

Basic (Abu Dhabi) Plan

البرنامج الأساسي (أبوظبي)

Essential Benefits Plan

برنامج المنافع الأساسية

For Basic (Abu Dhabi) Plan, refer to Section "G"

للبرنامج الأساسي (أبوظبي) الرجاء الرجوع للقسم (ج)

For additional plans refer to Section "C"

للبرامج الإضافية أنظر القسم "د".

Please note that we do not currently offer the Essential Benefits Plan at the Index Rate to Dependants.

يرجى العلم بأننا لا نطرح مؤشر الأسعار حالياً للمعالين ضمن برنامج المنافع الأساسية.

## MEMBER CONFIDENTIAL

National Health Insurance Company – Daman (PJSC) (P.O. Box 128888, Abu Dhabi, U.A.E. Tel No. +97126149555 Fax No. +97126149550)

Doc Ctrl No.: F/1842 Version No.: 1 Revision No.: 4 Date of Issue: 14.09.2020 Page No(s): 1 of 4

### C. Health Insurance Plans

### د. برامج التأمين الصحي

البرنامج Plan	مبلغ التحمل (درهم) Deductible (AED)	مزايا إضافية Benefits Additional
Nil	<input type="checkbox"/>	لاشيء
25	<input type="checkbox"/>	25
30	<input type="checkbox"/>	30
50	<input type="checkbox"/>	50
Nil	<input type="checkbox"/>	لاشيء
25	<input type="checkbox"/>	25
30	<input type="checkbox"/>	30
50	<input type="checkbox"/>	50
Nil	<input type="checkbox"/>	لاشيء
25	<input type="checkbox"/>	25
30	<input type="checkbox"/>	30
50	<input type="checkbox"/>	50
Nil	<input type="checkbox"/>	لاشيء
25	<input type="checkbox"/>	25
30	<input type="checkbox"/>	30
50	<input type="checkbox"/>	50

Total Number of Plans: \_\_\_\_\_

إجمالي عدد البرامج: \_\_\_\_\_

- Please submit a list of beneficiaries as per MS Excel Sheet provided to you for each plan.
- For groups up to 10 employees – For each employee and their dependants, an Individual application form must be submitted
- \* Maternity is a compulsory benefit for married females residing in the Emirates of Abu Dhabi and Dubai.
- \*\* Optical is available only in combination with dental. Applicable only for groups with more than 11 principals/employees.

- يرجى تزويدنا بقائمة المستفيدين ضمن كل برنامج باستخدام الجدول الإلكتروني (مايكروسوفت إكسل) الذي قمنا بتزويدكم به.
- للمجموعات المكونة من 10 موظفين وما دون - يجب ارسال طلب تأمين للأفراد عن كل موظف مع المعالين التابعين للموظف.
- \* تغطية الحمل و الولادة هي منفعة إلزامية للإناث المتزوجات في إمارة أبوظبي و إمارة دبي.
- \* الخدمات البصرية متوفرة مع وجوب تغطية علاج الأسنان. متوفرة للمجموعات التي تتضمن أكثر من 11 مؤمن عليه رئيسي/موظفين.

### D. Mode of Payment

### هـ. طريقة الدفع

Cheque  Bank Transfer  Cash\*  Debit/Credit Card

شيك  تحويل بنكي  نقدا\*  بطاقة خصم/إئتمان

\*Please note that cash payments above AED 40,000 are not acceptable.

\*يرجى العلم بأن الدفع النقدي لأكثر من 40,000 درهم لن يكون مقبول .

#### Payment Options \*\* ( for Groups > 100 )

Annual (Advance)  Semi-Annual  Quarterly

#### خيارات الدفع \*\* (للمجموعات الأكثر من 100)

سنوي (مقدما)  نصف سنوي  ربع سنوي

(subject to prior approval)

(يخضع للموافقة المسبقة)

\*\* Charges apply for payment options (semi-annual payment = 3%), (quarterly payment = 3.25%) on the gross premium.

\*\* ستطبق رسوم إضافية لهذه الخيارات (نصف سنوي = 3%)، (ربع سنوي = 3.25%) من إجمالي الأقساط المستحقة.

### E. Bank Details

### و. معلومات البنك

Bank Name: \_\_\_\_\_

إسم البنك:

Branch: \_\_\_\_\_

الفرع:

Account Number: \_\_\_\_\_

رقم الحساب:

Account Type: \_\_\_\_\_

نوع الحساب:

### F. Group Claims History

### ز. معلومات عن المطالبات السابقة

This section is not applicable for Basic (Abu Dhabi) Plan or Renewal Policy.

هذا القسم لا ينطبق على البرنامج الأساسي (أبوظبي) أو لتجديد الوثيقة .

### MEMBER CONFIDENTIAL

National Health Insurance Company – Daman (PJSC) (P.O. Box 128888, Abu Dhabi, U.A.E. Tel No. +97126149555 Fax No. +97126149550)

Doc Ctrl No.:	F/1842	Version No.:	1	Revision No.:	4	Date of Issue:	14.09.2020	Page No(s).:	2 of 4
---------------	--------	--------------	---	---------------	---	----------------	------------	--------------	--------

**1. Previous Claims History / 3 Years  
If Applicable**

**1. السجل السابق للمطالبات الطبية / 3 سنوات  
(إن وجدت)**

السنة Year	عدد الموظفين Number of Employees	تغطية إضافية Additional Cover		المطالبات المعلقة Outstanding Claims		المطالبات المدفوعة Paid Claims	
		العلاج في العيادات الخارجية Outpatient	الإقامة و العلاج داخل المستشفى Inpatient	العلاج في العيادات الخارجية Outpatient	الإقامة و العلاج داخل المستشفى Inpatient	الأسنان Dental	الحمل و الولادة Maternity

**2. Previous Scheme Highlight**

**2. لمحة عن البرامج السابقة**

Annual Limit: \_\_\_\_\_  
Deductible: \_\_\_\_\_  
Co-Insurance: \_\_\_\_\_  
Additional Benefits: \_\_\_\_\_

الحد الأقصى للتغطية السنوية:  
مبلغ التحمل:  
نسبة التحمل:  
مزايا إضافية:

**G. For Groups with 10 or less employee**

(Additional information to be filled for female employees to be covered under Basic (Abu Dhabi) Plan)

**G. للمجموعات المكونة من (10) موظفين أو أقل  
(بيانات إضافية ينبغي تعبئتها للموظفين النساء ليتم تغطيتها ضمن البرنامج الأساسي (أبوظبي))**

الإسم Name	الحالة الإجتماعية (متزوج / أعزب) Marital Status (Married / Single)

**Declaration**

**تعهد**

I hereby declare that the statements on this application and other information and documents submitted in connection with this application are full, true and correct and that I have declared all material facts related to this application.

إنني أصرح بأن البيانات المذكورة في هذا الطلب والمعلومات والوثائق المقدمة في هذا الصدد مع الطلب هي كاملة، حقيقية وصحيحة وأنني قد صرحت بجميع الوقائع المادية المتعلقة بهذا الطلب.

I understand that non-disclosure or misrepresentation of any material fact shall invalidate the policy.

إنني على ادراك بأن عدم التصريح عن المعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة سوف يؤدي إلى إلغاء الوثيقة.

All documents and information included in this Application Form has been entered by me, with my knowledge or by my Legal Representative.

جميع الوثائق والمعلومات الواردة في هذا الطلب تم إدخالها من قبلي، مع علمي أو عن طريق الممثل القانوني عني.

I hereby declare that all individuals to be enrolled/ renewed under the Basic (Abu Dhabi) Plan or the Essential Benefits Plan are eligible for insurance in accordance with the rules and regulations as set out in the Health Insurance laws in the Emirate of Abu Dhabi, Emirate of Dubai and/or the United Arab Emirates.

إنني أصرح بأن جميع الأفراد المراد تسجيلهم /التجديد لهم ضمن البرنامج الأساسي (أبوظبي) أو برنامج المنافع الأساسية، هم أفراد مؤهلين للحصول على التأمين وفقاً للقواعد و اللوائح المنصوص عليها في قانون التأمين الصحي لإمارة أبوظبي، إمارة دبي و/أو دولة الإمارات العربية المتحدة.

I hereby declare and undertake to submit to Daman the following missing or incomplete documents within sixty (60) days from the date of issuance of the health insurance cards:

أقر وأتعهد للشركة الوطنية للضمان الصحي- ضمان (ش.م.ع) بتقديم المستندات الناقصة أو الغير مكتملة التالية خلال (60) يوماً من تاريخ إصدار بطاقات التأمين الصحي:

- Passport copy  
 Valid Abu Dhabi issued residence visa copy  
 Copy of labour card and labour contract

- صورة من جواز السفر  
 صورة لتأشيرة الإقامة صادرة من إمارة أبوظبي  
 صورة من بطاقة العمل وعقد العمل

**MEMBER CONFIDENTIAL**

National Health Insurance Company – Daman (PJSC) (P.O. Box 128888, Abu Dhabi, U.A.E. Tel No. +97126149555 Fax No. +97126149550)

Doc Ctrl No.:	F/1842	Version No.:	1	Revision No.:	4	Date of Issue:	14.09.2020	Page No(s).:	3 of 4
---------------	--------	--------------	---	---------------	---	----------------	------------	--------------	--------

- Copy of valid trade / commercial license issued in the Emirate of Abu Dhabi
- Valid EID card for new entrants / children under 12 months

صورة رخصة تجارية سارية صادرة من إمارة أبوظبي.

بطاقات الهوية للداخلين الجدد/ الأطفال دون 12 شهراً

Failure to provide Daman with the missing or incomplete documents within the time period provided may result in Daman exercising its termination rights as per Article 3.2(F) of the Policy Wording.

إن الإخفاق بتزويد ضمان بهذه المستندات الناقصة أو الغير مكتملة خلال الفترة المحددة، فسوف تقوم ضمان بتطبيق حقها بالإلغاء بحسب البند رقم 2-3 (و) من نص الوثيقة.

I hereby understand and acknowledge that delay in renewal of the Policy may result in loss of continuity of coverage and that penalties as per the rules and regulations as set out in the Health Insurance laws in the Emirate of Abu Dhabi, Emirate of Dubai and/or the United Arab Emirates may be imposed for the time period wherein there was no valid insurance coverage.

إنني أقر وإنني على علم بأن التأخير في تجديد الوثيقة قد يؤدي إلى فقدان استمرارية التغطية والتي قد تفرض عقوبات وفقاً للقانون بحسب الفترة الزمنية التي لم يكن فيها تغطية تأمين صحي سارية المفعول.

#### For and on behalf of the Company

Name: .....

Job Title: .....

Date: .....

Signature and stamp: .....

لأجل وبالنيابة عن الشركة

الإسم:

المسمى الوظيفي:

التاريخ:

التوقيع والختم:

#### For Daman Use Only

Source of Business:  Direct  HIS  Broker

Sales Staff/ Broker : .....

Application received by: .....

Process Reference Number: .....

#### لإستخدام ضمان فقط

مصدر العميل:  مباشر  موظف ضمان  وسيط

ممثل المبيعات / الوسيط:

تم إستلام الطلب من قبل:

رقم المعاملة:

### MEMBER CONFIDENTIAL

National Health Insurance Company – Daman (PJSC) (P.O. Box 128888, Abu Dhabi, U.A.E. Tel No. +97126149555 Fax No. +97126149550)

Doc Ctrl No.:	F/1842	Version No.:	1	Revision No.:	4	Date of Issue:	14.09.2020	Page No(s).:	4 of 4
---------------	--------	--------------	---	---------------	---	----------------	------------	--------------	--------