

# 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

## إرشادات

### 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

الحالة الإجتماعية:  متزوج  أعزب  أخرى

Gender:  Male  Female

ذكر  أنثى

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
.....	.....	<input type="checkbox"/> Dental* <input type="checkbox"/> Dental and Optical*

\* Only if offered under the opted Health Insurance plan

### D. Mode of Payment

<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Credit Card <input type="checkbox"/> Bank Transfer <input type="checkbox"/> 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
.....	.....	<input type="checkbox"/> علاج الأسنان* <input type="checkbox"/> علاج الأسنان والخدمات البصرية*

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

### د. طريقة الدفع

<input type="checkbox"/> شيك <input type="checkbox"/> بطاقة الإئتمان <input type="checkbox"/> تحويل بنكي <input type="checkbox"/> 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.	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 treatment for any medical condition? هل أنت أو أي من المعالين كان قد يعاني من/ تم التشخيص أو المعالجة بـ / حالياً تعانون من / تحصلون على أي علاج/ تم نصيحتكم بأي علاج لأي حالة طبية؟						
	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا
2.	Have you been hospitalized 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 <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا
6.	Have you ever been insured with Daman? هل سبق لك التأمين الصحي مع ضمان؟						
	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا
7.	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 <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا
8.	Are you unvaccinated (Covid-19 vaccine) ? هل ما زلت تنتظر حصولك على اللقاح المضاد لفيروس كوفيد-١٩ ؟						
	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا
<b>For married females only:</b> للإناث المتزوجات فقط:							
9.1	Are you currently pregnant? هل أنت حامل حالياً؟						
	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا
9.2	If Yes, have there been any complications to date? إذا كانت الإجابة بنعم، هل تعاني من أي تعقيدات حمل حتى الآن؟						

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
	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا
9.3	Last Menstrual Period date? ما هو تاريخ آخر دورة شهرية؟						
9.4	Are you currently trying to get pregnant? هل تحاولين/ترغبين الآن بحدوث حمل؟						
	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا
9.5	Are you undergoing any form of fertility treatment? هل تخضعين لأي شكل من أشكال علاج الخصوبة؟						
	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> 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 و النتائج (يرجى إرفاق ورقة إضافية لذكر التفاصيل).

## Declaration

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

- 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.

Date:

Signature:

## For Daman Use Only

Processing Location Code:

Process Reference Number:

Policy Effective Date (day/month/year):

Source Name:

Notes:

## تعهد

أنا الموقع أدناه، أقر وأؤكد بأنني:

- 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 بالمعالين 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 التسعير، 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 عرض الأسعار للبرنامج التأميني الذي يحدده المتعامل أو تقديم عرض مقابل للعرض السابق مع إمكانية تغيير البرنامج أو اختيار برنامج تأميني مخفض أو اقتراح ونصح 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:

## إستخدام ضمان فقط

رمز فرع المعاملة:

الرقم المرجعي للمعاملة:

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

إسم المصدر:

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