

Individual Application Form – Essential Benefits Plan

طلب تأمين صحي للأفراد - برنامج المنافع الأساسية

A. Policyholder Information

أ. معلومات صاحب الوثيقة

First Name:	.....	الإسم الأول:
Middle Name:	.....	الإسم الأوسط:
Family Name:	.....	إسم العائلة:
Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب		الحالة الإجتماعية:
Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر		الجنس:
Date of Birth (day/month/year):	.....	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):
Nationality:	.....	الجنسية:
Passport Number:	.....	رقم الجواز:
Emirates ID Number:	.....	رقم هوية الإمارات:
Occupation:	.....	المهنة:
Employer:	.....	جهة العمل:
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:
Policy Effective Date (day/month/year):	.....	تاريخ بدء سريان وثيقة التأمين (يوم/شهر/سنة):

B. Member(s) Details

ب. بيانات الأعضاء

Policyholder to be enrolled under the policy: هل سيتم تسجيل صاحب الوثيقة ضمن الوثيقة:

Yes No نعم لا

	العضو ١ Member 1	العضو ٢ Member 2	العضو ٣ Member 3	العضو ٤ Member 4	العضو ٥ Member 5	
First Name						الإسم الأول
Middle Name						الإسم الأوسط
Family Name						إسم العائلة
Gender (Male / Female)						الجنس (ذكر / أنثى)
Relationship to Policyholder						علاقته مع صاحب الوثيقة
Membership Number (If available)						رقم المشترك (إذا توفر)
Date of Birth (day/month/year)						تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)
Nationality						الجنسية
Passport Number						رقم الجواز
Emirates ID						رقم هوية الإمارات

Policyholder Declaration

I hereby declare that:

- I am aware of the rules relating to eligibility of the Essential Benefits Plan as stated in the Health Insurance Law 11 of 2013 regarding health insurance in the Emirate of Dubai and any other laws or regulations applicable in the Emirate of Dubai and the United Arab Emirates and all other amending regulations. I have received all pertinent information with regards to Benefits, Coverage and Eligibility of the Essential Benefits Plan from Daman.
- All individuals listed under Section (B) above are eligible for Essential Benefits Plan as set out under the Law;
- All documents submitted together with this Application Form are true and correct and I understand that if any of these documents are discovered to be untrue or incorrect, (1) Daman shall invalidate the Essential Benefits Plan Policy/card; (2) the premium shall not be refunded; and (3) the matter may be reported to the relevant authority.
- All documents and information included in this Application Form has been entered by me, or with my knowledge or by my Legal Representative.

I hereby acknowledge that:

- Upon signing the Policy Documents, I will be liable to pay the relevant Premium for each and every member (as per Health Insurance Law 11 of 2013 regarding health insurance in the Emirate of Dubai and any other laws or regulations applicable in the Emirate of Dubai and the United Arab Emirates);
- I shall maintain all Policy documents and other correspondences between myself and Daman.

Signature of the Policyholder or his Legal Representative:

Name:

Signature:

Date:

إنني أصرح بالآتي:

- إنني على إدراك بالقوانين المتعلقة بالأهلية المذكورة بقانون التأمين الصحي رقم ١١ لسنة ٢٠١٣ ذات العلاقة ببرنامج المنافع الأساسية في إمارة دبي و أي قوانين و لوائح أخرى مطبقة ضمن إمارة دبي و دولة الإمارات العربية المتحدة و أي قوانين أخرى معدلة. إنني قد حصلت من ضمان على جميع المعلومات ذات الصلة بالمنافع، التغطية و الأهلية لبرنامج المنافع الأساسية.
- جميع الأفراد الواردين ضمن القسم (ب) أعلاه هم مؤهلين لبرنامج المنافع الأساسية كما جاء في القانون.
- جميع المستندات المقدمة بما في ذلك طلب التأمين هذا ، يحتوون على معلومات حقيقية و صحيحة و أنا على إدراك في حال العثور على معلومات غير حقيقية أو غير صحيحة ضمن هذه المستندات، (١) ستقوم ضمان بإلغاء بطاقة / وثيقة برنامج المنافع الأساسية، (٢) قسط التأمين غير قابل للإسترجاع، و (٣) ممكن إبلاغ الهيئات المختصة بهذا الشأن.
- جميع المستندات و المعلومات المذكورة بطلب التأمين هذا هي معلومات قد قمت بإدخالها بنفسي، أو بعلم مني أو عن طريق ممثلي القانوني.

إنني على علم بالآتي:

- عند التوقيع على مستندات الوثيقة، سأكون مسؤول عن دفع قسط التأمين المستحق عن كل عضو (كما جاء في قانون التأمين الصحي رقم ١١ لعام ٢٠١٣ ذو العلاقة بالتأمين الصحي في إمارة دبي و أي قوانين و لوائح أخرى مطبقة في إمارة دبي و دولة الإمارات العربية المتحدة).
- إنني سأقوم بحفظ جميع مستندات الوثيقة و أي مراسلات أخرى بييني و بين ضمان.

توقيع صاحب الوثيقة أو الممثل القانوني:

الإسم:

التوقيع:

التاريخ:

For Daman Use Only

لإستخدام ضمان فقط

Source of Business: Direct Daman Sales Staff Broker

مصدر العميل: مباشر موظف مبيعات داخلي وسيط

Sales Staff/ Broker/Third Party Name:

ممثّل المبيعات / الوسيط / إسم الطرف الثالث:

Policy Processed By:

تم إدخال معلومات الوثيقة عن طريق:

Process Reference Number:

رقم المعاملة:

Date of processing (day/month/year):

تاريخ إدراج المعاملة (يوم / شهر / سنة):

Policy Approved By:

تمت الموافقة على الوثيقة عن طريق:

Date of Approval (day/month/year):

تاريخ الموافقة (يوم / شهر / سنة):

Policy Effective Date (day/month/year):

تاريخ سريان مفعول الوثيقة (يوم / شهر / سنة):