|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Group Application Form**  Request Reference No: |  | **طلب تأمين صحي جماعي**  الرقم المرجعي للطلب: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Company Information** | |  | | **أ. معلومات خاصة بالشركة** | | |
| Company Name: |  | | | | إسم الشركة: | |
| Company Trade License Number:  (Copy to be provided) |  | | | | رقم الرخصة التجارية للشركة:  (يرجى ارفاق نسخة) | |
| Trade License issuing authority |  | | | | امارة إصدار الرخصة التجارية | |
| Tax Registration Number |  | | | | رقم التسجيل الضريبي: | |
| Company Address:  (Address, Emirates and P.O Box) |  | | | | عنوان الشركة:  (العنوان، الامارة، ص.ب) | |
| Total Number of Employees: |  | | | | إجمالي عدد الموظفين: | |
| Contact Person: |  | | | | اسم الشخص المسؤول: | |
| Designation: |  | | | | الوظيفة: | |
| Phone Number: |  | | | | الهاتف: | |
| Mobile Number: |  | | | | الهاتف المتحرك: | |
| E-mail: |  | | | | البريد الالكتروني: | |
|  | |  | | |  | | | |
| 1. **For Groups with 10 or less employee-only for Basic (Abu Dhabi) Plan** (Applicable for female employees only) | | | **ب. للمجموعات المكونة من (10) موظفين أو أقل – خاص بالبرنامج الأساسي (أبوظبي) فقط**  (للموظفات النساء فقط( | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الاسم  Name | الحالة الاجتماعية (متزوج/ أعزب)  Marital Status  (Married / Single) | الاسم  Name | الحالة الاجتماعية (متزوج/ أعزب)  Marital Status  (Married / Single) | الاسم  Name | الحالة الاجتماعية  (متزوج/ أعزب)  Marital Status  (Married / Single) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Declaration** | **تــعــهــد** |
| I, the undersigned, in my authority as (Job Title) of (Company Name) (the Company”), declare that the statements made in this application, as well as the other information and documents submitted in connection with this application is complete, true, and correct in regards to the members listed in the member list, and that I have declared all material facts related to this application and I understand that non-disclosure or misrepresentation of any material fact/s shall invalidate the policy and I/the Company may be held liable for these untrue statements. | أنا الموقع أدناه، بصفتي النافذة ك (المسمى الوظيفي) ل (اسم الشركة) ("الشركة") أقر بأن البيانات المذكورة في هذا الطلب والمعلومات والوثائق المقدمة في هذا الصدد مع الطلب هي كاملة وحقيقية وصحيحة لجميع الأعضاء المدرجين بقائمة الأعضاء، وأنني قد صرحت بجميع الوقائع المادية المتعلقة بهذا الطلب وبأ نني على إدراك بأن عدم التصريح عن المعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة سوف يؤدي إلى إلغاء الوثيقة وتحملي / تحمل الشركة المسؤولية عن هذه التصريحات الغير صحيحة. |
|  |  |
| I, hereby declare that all the member(s) to be enrolled/renewed under the respective health insurance policy/policies, and as named in the member list provided together with this application, hold valid passports (or Emirates IDs) and residence visas. In the event that a member does not hold a valid residence visa (for residents), I hereby undertake to provide Daman with an undertaking letter regarding such invalid residence visa. | أصرح بموجب هذا بأن جميع الأعضاء الذين سيتم تسجيلهم / التجديد لهم بموجب الوثيقة / وثائق التأمين الصحي المعنية ، وكما هو مذكور في قائمة الأعضاء المقدمة مع هذا الطلب ، لديهم جوازات سفر صالحة (أو بطاقات هوية الإمارات) وتأشيرات الإقامة. في حالة عدم حصول العضو على تأشيرة إقامة سارية (للمقيمين) ، أتعهد بموجب هذا بتزويد ضمان بخطاب تعهد بخصوص تأشيرات الإقامة منتهية الصلاحية. |
|  |  |
| I hereby declare that all individuals to be enrolled/ renewed under the Basic (Abu Dhabi)/Essential Benefit Plan are eligible for insurance in accordance with rules and regulations as set out in the Health Insurance laws applicable in the Emirate of Abu Dhabi/Dubai. | إنني أصرح بأن جميع الأفراد المراد تسجيلهم /التجديد لهم ضمن البرنامج الأساسي (أبوظبي)/برنامج المنافع الأساسية، هم أفراد مؤهلين للحصول على التأمين وفقاً للقواعد واللوائح المنصوص عليها في قانون التأمين الصحي لإمارة أبوظبي/دبي. |
|  |  |
| I hereby declare and undertake to submit to Daman the following  missing or incomplete documents:  Passport copy / Valid residence visa copy\*  Copy of labour card and labour contract\*  Copy of valid trade / commercial license\*  Valid EID card for new entrants\*\*  Valid EID card for children under 12 months\*\*\*  \*Document should be submitted within a maximum of 60 days.  \*\*Document should be submitted within a maximum of 30 days.  \*\*\*Document should be submitted within a maximum of 180 days from the date of birth  Failure to provide Daman with the missing or incomplete documents within the time provided may result in Daman exercising its termination rights as stated in Section-3 “Termination” within Policy Wording. | أقر وأتعهد للشركة الوطنية للضمان الصحي- ضمان (ش.م.ع) بتقديم  المستندات الناقصة أو الغير مكتملة التالية:  صورة من جواز السفر / صورة الإقامة سارية المفعول\*  صورة من بطاقة العمل وعقد العمل\*  صورة للرخصة التجارية سارية المفعول\*  بطاقات الهوية للقادمين الجدد\*\*  بطاقات الهوية للأطفال دون 12 شهرا\*\*\*  \*يجب تقديم المستندات خلال فترة أقصاها 60 يوم  \*\*يجب تقديم المستند خلال فترة أقصاها 30 يوم  \*\*\*يجب تقديم المستند خلال فترة أقصاها 180 يوم  من تاريخ  إن الإخفاق بتزويد ضمان بهذه المستندات الناقصة أو الغير مكتملة خلال الفترة المحددة، فسوف تقوم ضمان بتطبيق حقها بالإنهاء بحسب ما هو مذكور في القسم-3 "الإنهاء" ضمن نص الوثيقة. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **For and on behalf of the Company** | | **لأجل وبالنيابة عن الشركة** | |
| Name: |  | | الإسم: |
| Job Title: |  | | المسمى الوظيفي: |
| Date: |  | | التاريخ: |
| Signature and stamp: |  | | التوقيع والختم: |