|  |  |
| --- | --- |
| Date:  Chief Commercial Officer  National Health Insurance Company – Daman PJSC  P.O Box 128888  Abu Dhabi  United Arab Emirates | التاريخ:  الرئيس التنفيذي للشؤون التجارية  الشركة الوطنية للضمان الصحي –ضمان (ش.م.ع)  ص.ب : 128888  أبوظبي/ الإمارات العربية المتحدة |
| **Undertaking & Declaration Letter**  **(Group Applications)** | **إقرار وتعهد**  **(طلبات المجموعات)** |
| I, **Insert Name of Authorised Signatory** holding Emirates ID No. **Insert ID No.** in my capacity as **Insert Position** of **Insert Policyholder Name**, do hereby declare and undertake to the National Health Insurance Company – Daman PJSC (‘Daman’) to submit the following document(s) within the mentioned period below from the date of issuance of the health insurance card(s) to the member(s) named in Attachment 1 to be covered under a **Group Basic (Abu Dhabi) / Enhanced** health insurance policy: | أنا، **أدخل اسم الشخص المفوض بالتوقيع**، حامل بطاقة هوية إماراتية رقم **أدخل رقم البطاقة** وبصفتي **أدخل المسمى الوظيفي**، لـ **أدخل اسم حامل الوثيقة**، أقر وأتعهد للشركة الوطنية للضمان الصحي- ضمان (ش.م.ع) بتقديم المستند/ المستندات الثبوتية التالية خلال الفترة المحددة ادناه من تاريخ إصدار بطاقات التأمين الصحي للمشترك/ المشتركين المذكورين في الملحق (1) حتى يتم إدراجهم تحت تغطية وثيقة الضمان الصحي الأساسية لإمارة أبوظبي (البرنامج الأساسي) أو الوثيقة المعززة (اخترنوع وثيقة) الخاصة بي: |
| Below document should be submitted within a maximum of 60 days. | يجب تقديم المستندات التالية خلال فترة أقصاها 60 يوم |
| Passport copy  Residence visa copy  Copy of labour card and labour contract  Copy of valid trade/commercial license  Below document should be submitted within a maximum of 30 days.  Valid EID card for new entrants  Below document should be submitted within a maximum of 180 days from the date of birth.  Valid EID Card for Children less than 12 months | صورة جواز السفر  صورة الإقامة  صورة من بطاقة العمل وعقد العمل  صورة رخصة تجارية سارية  يجب تقديم المستند التالي خلال فترة أقصاها 30 يوم  بطاقات الهوية للمشتركين الجدد  يجب تقديم المستند التالي خلال فترة أقصاها 180 يوم من تاريخ الميلاد  بطاقات الهوية للأطفال دون 12 شهراً |
| **Temporary Labour Agreement Undertaking**  I undertake to provide Daman with a copy of the renewed labour agreement for temporary employees due for expiry on Insert Date (Expiry Date). If the temporary labour agreement is not renewed on the Expiry Date, I undertake to cancel the member from the group health insurance policy. | **تعهد عقد عمل مؤقت**  أتعهد بأن أقوم بتزويد ضمان بصورة من تجديد عقد عمل ا العمالة المؤقتة والتي من المقرر انتهاء عقودهم في أدخل التاريخ. وفي حال لم يتم تجديد عقد عمل العمالة المؤقتة حتى حلول تاريخ الانتهاء، أتعهد بإلغاء المشترك من وثيقة التأمين الصحي (المجموعة). |
| **EID Declaration**  I understand that the provision of a valid Emirates ID is a prerequisite for the enrolment of members under a health insurance policy. I, acknowledge that Daman has granted provisional approval for enrolment of the member(s) named in Attachment 1. | **إقرار بطاقة الهوية**  أتفهم أن تقديم بطاقات هوية سارية المفعول هو شرط لازم لإدراج المشتركين في وثيقة التأمين الصحي. وأدرك أن ضمان قامت بمنحي موافقة مشروطة تمكنني من إدراج المشترك/ المشتركين المذكورين في الملحق رقم (1). |
| **General Declaration**  I understand, that if I do not submit the document(s) mentioned above within the time limit stated, Daman may report the matter to the Health Authority – Abu Dhabi to take the necessary action.  The information stated in this document is true and correct and I understand that providing false or untrue information shall be considered a violation of the Health Insurance Law 23/2005 and its Executive Regulations 25/2006. | **إقرار عام**  أتفهم بأنه في حال عدم تقديم المستندات الثبوتية المذكورة أعلاه خلال الفترة الزمنية المبيّنة في هذا الإقرار، قد تلجأ ضمان إلى إحالة الأمر إلى هيئة الصحة- أبوظبي لإتخاذ الاجراء اللازم.    أقر بأن كافة المعلومات المبيّنة في هذا المستند صحيحة وحقيقية، وأتفهم بأن تقديم أية معلومات خاطئة أو كاذبة يُعتبر انتهاكاً للقانون رقم (23/2005) بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي ولائحته التنفيذية رقم (25/2006). |

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

**Attachment No. (1)**

**الملحق رقم (1)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Member Name**  **اسم المشترك** | **Policy Number**  **رقم الوثيقة** | **Daman Card Date of Issuance**  **تاريخ إصدار بطاقة "ضمان"** | **Insured Member**  **Mobile Number**  **رقم موبايل المشترك** | **Member Email ID**  **البريد الإلكتروني الخاص بالمشترك** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |