

## طلب الإدراج في البرنامج الأساسي (أبوظبي) - الأفراد شهادة راتب

بيانات الكفيل	
الاسم	
رقم جواز السفر أو رقم بطاقة الهوية	
رقم الهاتف المتحرك	

بيانات المشترك	
الاسم	
الجنسية	
الراتب الشهري (بالدرهم الإماراتي)	
الوظيفة	
السكن	<input type="checkbox"/> نعم، متوفر <input type="checkbox"/> لا، غير متوفر

أقر هنا بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الإقرار صحيحة وحقيقية. وأتفهم بأنه في حالة تقديم معلومات خاطئة ومزيفة، فإن ذلك يعتبر مخالفة صريحة لقانون التأمين الصحي رقم (٢٠٠٥/٢٣) واللائحة التنفيذية رقم (٢٠٠٦/٢٥)، ويسري ذلك أيضاً على جميع الضوابط والنظم واللوائح المعدلة والتعاميم والتشريعات والقوانين و/أو الأنظمة السارية في إمارة أبوظبي وكذلك التشريعات الاتحادية وجميع القوانين الرسمية المعمول بها في دولة الإمارات العربية المتحدة.

(التاريخ)

(توقيع الكفيل)

# Individual Basic (Abu Dhabi) Plan Application Salary Certificate

Sponsor Information	
Name	
Passport Number <i>or</i> Emirates ID Number	
Mobile Phone Number	
Member Information	
Name	
Nationality	
Monthly Salary (AED)	
Job Title	
Accommodation	Yes, provided <input type="checkbox"/> No, not provided <input type="checkbox"/>

I declare that all the information I provided in this document is true and correct. I understand that providing false or untrue information shall be considered a violation of the Health Insurance Law No. 23/2005 and its Executive Regulations No. 25/2006. This includes all other amending regulations, instructions, circulars, standards and/or resolutions as applicable in the Emirate of Abu Dhabi and any applicable Federal or State laws of the United Arab Emirates.

---

(Sponsor Signature)

---

(Date)