

## كتاب تفويض

الى الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان

كتاب تفويض صادر بتاريخ:  
كتاب تفويض صالح لغاية تاريخ:

تفاصيل صاحب الوثيقة	
اسم صاحب الوثيقة:	(المشار اليها ادناه بـ "صاحب الوثيقة")
رقم الهوية الإماراتية / رقم الرخصة التجارية:	
رقم الهاتف:	
العنوان:	
صندوق البريد:	
البريد الإلكتروني:	

تفاصيل مقدم الطلب	
الاسم:	(المشار اليه ادناه بـ "مقدم الطلب")
رقم الهوية الإماراتية:	
رقم الهاتف:	
العنوان:	
البريد الإلكتروني:	

أنا الموقع أدناه، بصفتي صاحب الوثيقة / الممثل القانوني عن صاحب الوثيقة بموجب الوكالة المصدقة لدى كاتب العدل تحت رقم أولاً- أفوض بموجب هذا الكتاب مقدم الطلب المحدد أعلاه ليقوم بالنيابة عن صاحب الوثيقة بتقديم جميع المستندات المطلوبة لإصدار، أو إدراج، أو لتجديد، أو لتعديل وثيقة التأمين الصحي الأساسية إلى شركة ضمان.

ثانياً- أقر وأتعهد بأن جميع المستندات والمعلومات المقدمة إلى شركة ضمان من مقدم الطلب قد تمت مراجعتها أصولاً من قبل صاحب الوثيقة وهي "صحيحة" و"كاملة". كما أنني اقر بكامل مسؤوليتي في حال تبين عدم صحة أي معلومات أو مستندات تم تقديمها إلى شركة ضمان ضمن وثيقة التأمين الصحي الأساسية الصادرة باسم صاحب الوثيقة.

الاسم	الصفة	التوقيع والتاريخ	ختم صاحب الوثيقة

اقر انا الموقع أدناه بصفتي موظفاً في الشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان) ان مقدم الطلب المحدد أعلاه قد حضر امامي وقدم المستندات المطلوبة من اجل إصدار وثيقة التأمين الصحي الأساسية لصاحب الوثيقة وقد اطلعت على أصل الهوية الإماراتية للتأكد من ذلك.

اسم الموظف:

رقم بطاقة العمل:

التوقيع:

التاريخ:

# Authorisation Letter

To the National Health Insurance Company – Daman

Authorization letter issued on:

Authorization letter valid till:

Policyholder Information	
Policyholder Name:	(referred below as "Policyholder")
EID Number/ Commercial License Number:	
Phone Number:	
Address:	
P.O. Box:	

Applicant Information	
Name:	(referred below as "Applicant")
Emirates ID Number:	
Phone Number:	
Address:	
P.O. Box:	
Email Address:	

I, the undersigned, in my capacity as the Policyholder / the legal representative of the Policyholder under the power of attorney authenticated by the Notary Public under No. . do hereby:

- a. Authorize the Applicant to submit to Daman, on behalf of the Policyholder, all documents required for the issuance, enrolment, renewal, or endorsements under the Policyholder's Basic Health Insurance Policy.
- b. Acknowledge and undertake that all documents and information submitted to Daman by the Applicant have been duly reviewed and verified by the Policyholder and are **Correct** and **Complete**. Further, I hereby acknowledge my full responsibility if any information or documents submitted within the Policyholder's Basic Health Insurance Policy turns out to be incorrect or untrue.

Name	Title	Signature and Date	Policyholder Stamp

I, the undersigned, in my capacity as an employee of the National Health Insurance Company (Daman), declare that the Applicant and the Authorized Signatory specified above have approached me, and submitted the required documents to issue the Policyholder's Basic Health Insurance Policy. I also acknowledge and confirm that I have reviewed the original Emirates ID of the Applicant.

Employee Name:

Staff number:

Signature:

Date: