

Track Number (for internal use only)	رقم المسار (للاستخدام الداخلي فقط)
Request Type	نوع الطلب
Family Book Number	رقم خلاصة القيد
Policy Holder	صاحب وثيقة التأمين
Policy Number	رقم وثيقة التأمين
No. of Members	عدد الأشخاص

Address:			العنوان:
Telephone 1	رقم الهاتف 1	P.O. Box	ص. ب.
Telephone 2	رقم الهاتف 2	City	المدينة
Telephone 3	رقم الهاتف 3	Emirate	الإمارة
Email			البريد الإلكتروني

*Mode of Delivery	*طريقة الاستلام
* The package will be sent via courier "as per mode of delivery" to the above mentioned address Kindly note that Daman PJSC shall not be held liable for any delay and/or damaged caused to the shipment.	*في حال إخترت إرسال البطاقة والمنافع من خلال خدمة البريد سيتم إرسالهم على العنوان المذكور أعلاه يرجى أخذ العلم أن ضمان ليست مسؤولة عن أي تأخير و/أو ضرر للطرد المرسل، كما أنها لا تتحمل مسؤولية عدم صحة البيانات المعطاة من قبل مقدم الطلب.

Notes:	ملاحظات:
Issuance of the health insurance policies according to the issued resolution of the Executive Council of the Emirate of Abu Dhabi under Resolution Number 83/2007 concerning the implementation of health insurance for nationals and those of the similar status. I, the undersigned, undertake that the information provided in this application form is full, true and correct and have declared all material facts related and/or connected to this application are true, complete and correct. I also undertake that all documents provided in respect to this application are true and valid. I hereby, declare that I have read this declaration and acknowledge that any non-disclosure or misrepresentation of any material fact may invalidate the health insurance policy applied for in respect to this application form and I will hold full legal responsibilities toward my submission.	يتم إصدار وثائق الضمان الصحي تبعاً لقرار وأحكام المجلس التنفيذي رقم 83 / 2007 في شأن تطبيق الضمان الصحي على المواطنين ومن في حكمهم في إمارة ابوظبي. أقر أنا الموقع أدناه أن المعلومات الواردة في هذه الاستمارة كاملة وحقيقية وصحيحة، كما أقر بأن المستندات المقدمة وذات الصلة بهذا الطلب صحيحة وكاملة وصالحة وأوافق على أن يكون طلي وفقاً لشرط وأحكام البرنامج أعلاه، وأقر بقراءتي للتعهد بتحمل المسؤولية القانونية كاملة في حال عدم الكشف عن أي مستندات مطلوبة أو تزوير صحة هذه المعلومات، إذ يعتبر العقد الصادر بموجبها لاغياً، وأتحمّل كامل المسؤولية القانونية المترتبة على تقديمي هذا الطلب.

Applicant Name	اسم مقدم الطلب
Signature	التوقيع
Date/Time	التاريخ والوقت
Contact Number	رقم هاتف مقدم الطلب

For Internal Use Only	للاستخدام الرسمي الداخلي
Sales Location	مكان تقديم الطلب
Employee Name	اسم الموظف
Archive Box Number	رقم الأرشيف