



التاريخ : 2011 / 03 / 07
الرقم : CEO / 254 / 11

تعميم

(خاص لشركات الضمان الصحي)

السادة / مدراء شركات الضمان الصحي المرخص لها بالعمل في إمارة أبوظبي المحترمين

تحية طيبة وبعد،،،

يسرنا أن نتقدم إلى سيادتكم بخالص التحية والتقدير متمنين لكم دوام التوفيق والسداد.

تود هيئة الصحة - أبوظبي من جميع شركات الضمان الصحي المرخص لها للعمل في مجال الضمان الصحي في إمارة أبوظبي إتخاذ ما يلزم من إجراءات نحو قبول التظلمات المقدمة من الأفراد المتأخرين في الاشتراك في الضمان الصحي وفق الإجراءات التالية:

1. تقبل تظلمات الأفراد [كفالة فردية وليست كفالة على مؤسسة أو شركة أو أي شخصية اعتبارية] كما هو موضح في النموذج والكشف المرفقين.
2. يتم تحصيل رسم التظلم (100) درهم على كل طلب.
3. يعفى مقدم التظلم من قيمة الغرامات المقررة عليه.
4. تتخذ إجراءات إصدار بطاقة الضمان.
5. يتم توريد قيمة رسوم التظلمات إلى الهيئة وتحال طلبات التظلم المستلمة من قبلكم إلى اللجنة المختصة بالهيئة.
6. لا تقبل طلبات الإعفاء المقدمة من الشركات أو المؤسسات أو الجهات الخاصة أو الحكومية وعليهم مراجعة الهيئة في هذا الشأن.
7. يتم رفع تقرير شهري لهيئة الصحة يتضمن البيانات التالية:
 1. رقم وصل الاستلام 100 درهم.
 2. قيمة مبلغ المخالفة.
 3. اسم الفرد المخالف.
 4. اسم الكفيل.
 5. رقم هاتف الكفيل والمخالف.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام،،،

زيد داوود السكسك
المدير العام
zalsiksek@haad.ae

نسخة إلى:

- مدير دائرة تمويل النظام الصحي، المحترم
- مدير الشؤون القانونية، المحترم
- السادة / فريق عمل النظر في تظلمات الضمان الصحي، المحترمين



المستندات المطلوبة لتجديد الاشتراك في الضمان الصحي

وثائق الضمان الصحي الفردية:

1. صورة عن بطاقة التأمين الأخيرة أو كشف الغرامة الصادر من شركة التأمين.
2. صورة عن جواز السفر مع صورة الإقامة سارية المفعول لكل شخص مخالف.
3. صورة عن جواز سفر الكفيل.
4. معلومات عن عنوان الكفيل (هاتف).
5. معلومات عن مقدم الطلب (هاتف).
6. إيصال الدفع عن طريق بنك أبوظبي الوطني (100 درهم).

وثائق الضمان الصحي في حالة تحويل الإقامة من كفيل إلى كفيل آخر:

1. صورة عن جواز سفر الكفيل الجديد.
2. صورة جواز سفر العامل.
3. صورة التأشيرة (الفيزا) التي عليها ختم الدخول أو ختم بدل المغادرة.
4. تعبئة نموذج شكوى على الكفيل السابق.
5. صورة صفحة الإقامة الملغية (التي على الكفيل السابق) في جواز سفر العامل.
6. اسم وعنوان وهاتف الكفيل السابق.
7. اسم وعنوان وهاتف مكتب استقدام العمال الذي تم عن طريقه توريد العامل.

طلب تظلم

مقدم الطلب:	هاتف :
صاحب العمل / الكفيل	هاتف :
إلى :	سعادة/ مدير عام هيئة الصحة - أبوظبي، المحترم
الموضوع :	التظلم من قيمة المخالفة المرتبة بموجب قانون الضمان الصحي رقم (2005/23) ولائحته التنفيذية
التاريخ :	

تحية طيبة وبعد ،،،

نرجو من سعادتكم التكرم بالنظر في التظلم المقدم من قبلنا وذلك فيما يتعلق بتخفيض أو/الإعفاء من قيمة الغرامة المالية المترتبة علينا بموجب قانون الضمان الصحي رقم (2005/23) واللائحة التنفيذية الخاص بإمارة أبوظبي بما ترونه مناسباً وذلك للأسباب التالية:

1.

2.

3.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير ،،،،

مقدم الطلب:

التوقيع:

التوصيات :

د. جمال الكعبي

مدير خدمة العملاء والإعلام المؤسسي

مشعل الهاملي

مدير الشؤون القانونية

أحمد الكندي

رئيس قسم التظلمات والطعون

المرفقات:

- جواز سفر صاحب العمل / الكفيل.
- جواز سفر مقدم الطلب مع إقامة سارية المفعول.