



دائرة الصحة  
DEPARTMENT OF HEALTH

### دائرة تمويل النظام الصحي

#### Documents required for reconciliation Insurance penalty

#### المستندات المطلوبة لتقديم المصالحة علي مخالفات نظام التأمين الصحي

Note that the applicant must be authorized to represent the facility, the owner of the facility, or a partner.

يرجى العلم بان مقدم الطلب يجب ان يكون مخولا بتمثيل المنشأة او صاحب المنشأة او شريك.

The reconciliation certificate request of the health insurance must be filled in complete and to be signed by the authorized person.

يتم تعبئة طلب شهادة المصالحة في الضمان الصحي كاملا مع توقيع الشخص المخول.

1. Copy of Signature Authorization or power of attorney (certified) from the owner or the sponsor that mentioned in the commercial license.
2. Copy of the passport and the residence visa page + copy of the investor's insurance or the partner (nonlocal) that mentioned in the commercial license.
3. Copy of valid commercial license. ✓
4. New copy of the list of employees certified by the ministry of labor (In Arabic Language).
5. Penalty list issued by a licensed health insurance company from DOH. ✓
6. Copy of valid insurance cards or Continuity Certificate of the employees.
7. In case of cancellation or escape, please add a Copy of cancellation & Exit issued by the Immigration (Visa Details) + Prove of vail insurance before Cancelation & Exit or Escape.
8. The email of the entity, or its legal representative.
9. The email of the entity's owner, or his representative.

1. نسخة من اعتماد التوقيع او التوكيل (معتمد) من مالك المنشأة أو الشريك أو وكيل الخدمات المذكور في الرخصة التجارية.
2. نسخة من جواز السفر مع الإقامة + التأمين الصحي للمستثمر أو الشريك (الغير مواطن) المذكور في الرخصة التجارية.
3. نسخة من الرخصة التجارية (سارية المفعول).
4. نسخة من كشف العاملين بالمنشأة حديث (باللغة العربية).
5. كشف غرامات المخالفين من شركة التأمين الصحي معتمدة من دائرة الصحة ابوظبي.
6. نسخة من بطاقات التأمين او وثيقة التأمين الصحي العاملين في المنشأة الغير مخالفين.
7. في حالات الهروب والإلغاء يرجى ارفاق نسخة من الإلغاء والخروج من الدولة صادر من قبل الجوازات (تفاصيل التأشيرة) + اثبات التأمين الصحي قبل الإلغاء والخروج من الدولة أو الهروب.
8. البريد الإلكتروني الخاص بالمنشأة أو الممثل القانوني للمنشأة.
9. البريد الإلكتروني الخاص بمالك المنشأة أو ممثله القانوني.

● PUBLIC / عام

✉ PO Box 5674 Abu Dhabi, U.A.E

☎ +971 2 4493333 📠 +971 2 4449822 🌐 doh.gov.ae

لا شيء مستحيل

MAKE IT HAPPEN