

Consent for Release of Medical Information to Daman

إقرار بالموافقة على الإفصاح عن المعلومات الطبية لشركة ضمان

I, the undersigned, do hereby authorise the National Health Insurance Company – Daman PJSC ("Daman") to have access to and take copies of all my files and records at any time relating to any healthcare services provided to me during the period of my insurance coverage with Daman. This consent is valid at any healthcare provider, including but not limited to hospitals, medical centres, clinics, laboratories, diagnostic centres, rehabilitation centres and pharmacies.

I understand that from time to time Daman may need to disclose information related to my medical files and records to third parties for reasons related to insurance including but not limited to the processing of my claim, research/statistical purposes, or to prevent/control fraudulent or improper claims.

Daman will ensure the confidentiality of all information it receives in relation to this Consent as required by the UAE law.

أنا الموقع أدناه، أقر بموافقتي على إعطاء الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان ش.م.ع. ("ضمان") الحق بالحصول على وأخذ نسخ من الملفات والسجلات الخاصة بي في وقت والمتعلقة بخدمات الرعاية الصحية التي قدمت لي خلال فترة عضويتي مع ضمان. إن هذه الموافقة صالحة لدى أي من مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر جميع المستشفيات والمراكز الطبية والعيادات والمختبرات، ومراكز التشخيص، مراكز إعادة التأهيل والصيدليات.

كما أنني أعطي ضمان الحق بالإفصاح عن هذه المعلومات الطبية الخاصة بي لأي طرف ثالث وفقاً لما تراه مناسباً لأسباب تتعلق بالتأمين الصحي على سبيل المثال لا الحصر أسباب متعلقة بتقييم المطالبات الطبية، البحوث و الإحصاء، ضبط ومراقبة حالات الإحتيال وإساءة الاستخدام.

يتوجب على ضمان المحافظة على سرية جميع المعلومات التي تتلقاها بموجب هذه الموافقة وفقاً لما هو منصوص عليه في القوانين المعمول بها في دولة الإمارات العربية المتحدة.

Signature:

التوقيع:

Name:

الاسم:

Relationship (if signing on behalf of a minor or an incapacitated member)

الصلة: (إذا كان التوقيع بالنيابة عن شخص قاصر أو فاقد الأهلية)

Daman/Thiqa ID No:

رقم بطاقة ضمان / ثقة:

Date:

التاريخ:

Mobile No:

رقم الهاتف المتحرك: