Al Madallah Healthcare Management

Dubai, DIAC, P.O.Box : 31712

Tel: +974 4342311

Membership Update Form

إستمارة تحديث الإعضاء

almadallah Healthcare Management

Employer Name إسم الموظف	Date of Employment: / / تاريخ التوظيف	Category:	الفئة:
Employee Name: (Arabic and English)			إسم الموظف: (عربي و إنجليزي)
National ID No.: رقم الهوية	D.O.B تاريخ الميلاد	Gender ☐ Male ☐ Female	الجنس : ☐ذكر ☐أنثى
Member's ID: رقم العضوية	Card No: رقم البطاقة	Marital Status: الحالة الإجتماعية	Email Address: العنوان البريدي :
Mailing Address	العنوان البريدي	Citizenship	الجنسية :
Type of Request: نوع الطلب	Addition ☐ إضافة ☐ Cancellation إلغاء ☐ Change of Category	تغيير الفئة ☐ Lost of card بطاقة ضائعة ☐ Member Correction	تصحيح العضو
Are you covered under any Health Insurance?	☐ No لا ☐ Yes نعم	هل أنت مغطى بأي تأمين صحي	Name of Insurance Company: إسم شركة التأمين :

Family Members to be include in the Plan: أفراد العائلة لإضافتهم ببرنامج التأمين

English Full Name	Arabic Full Name	D.O.B	Gender	Relation	Nat. ID #	Occupation	Employer	Nationality	Date of Change	Reason
الإسم كاملا بالإنجليزي	الإسم كاملا بالعربي	تاريخ الميلاد	الجنس	صلة القرابة	رقم الهوية	الوظيفة	الشركة	الجنسية	تاريخ التغيير	السبب

Member Signature	Employer Signature & Stamp	Required Documents			مستندات مطلوبة
توقيع العضو	توقيع الشركة الموظفة و الختم	Addition		Cancellation/ Change of Category/Update	Lost Card
		الإضافات		إلغاء \ تغيير الفئة \ تحديث	بطاقة ضائعة
		Passport Copy	نسخة جواز السفر	Al Madallah card(s)	
		Valid Visa Copy (for Expatriate only)	إقامة صالحة	بطاقات المظلة	Fees (AED 200) ☐ رسوم (200 درهم)
	Name: الإسم :	Marriage Certificate (spouse addition)	شهادة الزواج		Waived ☐ معفي
	Title: المسمى الوظيفي :	Member Picture	صورة العضو		
	Date : التاريخ :	Copy of National ID Card	نسخة عن الهوية		