

CIL DE COMPANY OF HEALTH

بهاس بليفح رباه رويحشا تبهالما تابينسارا

Documents required for Complaint against old employer

عق العلم بالمعدد الطلب بعد بالمال ومقدن لم جلعال عدد

يخان روأ بالمعتدكا محصاا ة يناء نباله طلية زيم تمنظل تالمهلعلا محمه وبند بالع وقي صاحب العلاقية وفي كالملا روه كشا ببله فنبعة وش

مثلاث على خلك.

- إلياما بن سالة بنفاله (قياساً بأيفالاً إن قصيصه تبالياً).
- نعضة من جوال سفر مع الإقلمة القديمة موضحا فيها تاريخ الإغام
- أه أسامة المساعدة المراجدة المحضرة السابة ألم أحسن ألم ألم ألم ألم المراجدة المراج
- نعبة من الرغصة التجارية للمنشأة الجديدة (إن وجد) أو مسرة جوال الكفيل الجديد.
- نسخة من التاشيرة الجديدة (تعديل وضع، بدل مغادرة, ختم دخول للدولة)
- ختم اخر فروج من الدولة بعد الإلغاء على جواز السفر (في حال الخروج من الدولة)
- كشف غريمك التفاق الهيائية استمرارية من شركة التأمين محمد معتدة من دائرة المحمة ابوظب.
- أبيها ليمسة قالمتما .8.
- إلى الكفيل البيون موجهة إلااذرة الصحة موضعاً فيها المنافئة المنافئة البيان البيونية.

- 1. Correct information about previous employer (Tel, Fax, and Email).
- 2. Copy of the passport with latest visa copy mentioned date of cancelation.
- 3. Copy of commercial license for previous company.
- Copy of commercial license for New Company (if exist) or Passport Copy for the new sponsor.
- 5. New visa copy.
- 6. Latest exit date after cancelation on passport (in case of exit from Country).
- COC or Penalty calculation sheet issued by a licensed health insurance company from DOH.
- .mvot noitastelges QI ,8
- 9. Letter from new sponsor addressed to DOH mentioned which health insurance company want to

يرجي دفع رسوم تقديم الشكوى عن طريق البطاقة الاشمالية (RisiV او brsCer Card) لطفا، المبلغ المدفوع لا يمكن استرجاعه



Please pay for the complaint by credit card (Visa or Master Card only)
Kindly, the paid amount is
Mon-refundable

PO Box 5674 Abu Dhabi, United Arab Emirates معطا تيهما تههما الهالي ١٤٦٥ : بي الم



2286444 2 178+E

EEEE664 S 176+