



Insurance Certificate Involuntary Loss of Employment		شهادة التأمين ضد التمكن من العمل	
Insurance Certificate Number	C/02/2025/3979/009466926	C/02/2025/3979/009466926	رقم شهادة التأمين
Coverage Period		مدة التغطية	
Inception Date	18-01-2025	18-01-2025	تاريخ السريان
Expiry Date	24 months as of inception date	24 شهراً بعد تاريخ بداية التأمين	تاريخ الانتهاء
Details of the Insured Employee/ Worker		بيانات المؤمن له	
Name of the Insured Worker	MUHAMMAD RAMZAN ABDUL RAZZAQ	محمد رمضان عبد الرزاق	اسم العامل المؤمن له
Emirates ID /UID No.	784199726143979	784199726143979	رقم الهوية / الرقم الموحد
Category	Category A	الفئة أ	لفئة
Premium (AED)	120.00	120.00	القسط التأميني (بالدرهم)
Premium Paid upon purchase	120.00	120.00	دورية السداد عند الشراء
Establishment Details at the date of issuing the Certificate of Insurance		بيانات منشأة العمل عند إصدار شهادة التأمين	
Establishment Name	CEMCON MECHANICAL ENGINEERING L.L.C	سيمكون للاعمال الهندسية ذ م م	اسم صاحب العمل
Establishment No.	1182831	1182831	رقم المنشأة
Insurance Coverage		التغطية التأمينية	
<p><b>60% of Basic Salary/Wage</b> calculated based on the average <b>Basic Salary/Wage</b> of the last 6 months prior to <b>Unemployment</b> for a maximum of three (3) months per <b>Claim</b> from the date of <b>Unemployment</b>, not exceeding: <b>Maximum Monthly Limit</b> <b>AED 10,000</b> and <b>AED 20,000</b> for the first and second categories respectively as specified in the <b>Policy Schedule</b>.</p> <p><b>Maximum Claim Limit/Maximum Aggregate Limit</b> The maximum compensation for any one <b>Claim</b> is three (3) months. The aggregate <b>Claim</b> shall not exceed the equivalent of 12 monthly benefits over the entire service period of the <b>Insured</b> in the Country.</p> <p><b>This Insurance Certificate is subject to the terms and conditions of the Insurance Policy. The insurance policy can be viewed via the website link (<a href="http://www.ILOE.ae">www.ILOE.ae</a>), or scan the QR:</b></p>  <p>This certificate was issued by <b>Dubai Insurance Company PJSC</b>, in its capacity as a member and manager of the <b>Insurance Pool</b> and on behalf of the members of the <b>Insurance Pool</b> <b>For inquires: 600 599 555</b></p>		<p>يكون التعويض على أساس شهري بنسبة <b>60%</b> من الأجر / الراتب الأساسي (تحتسب على أساس متوسط الأجر الأساسي آخر 6 أشهر السابقة للتعمط عن العمل) ولمدة (3) ثلاثة أشهر بعد أقصى لكل مطالبة من تاريخ التعمط عن العمل، على ألا تزيد عن: <b>الحد الأقصى للتغطية التأمينية الشهرية:</b> لا تزيد عن <b>(10,000)</b> عشرة آلاف درهم إماراتي للفئة الأولى، ولا تزيد عن <b>(20,000)</b> عشرين ألف درهم إماراتي للفئة الثانية كما هو مبين في جدول الوثيقة.</p> <p><b>الحد الأقصى للتغطية التأمينية عن كل مطالبة/ الحد الأقصى للتغطية التأمينية الإجمالية:</b> المدة القصوى للتعمط: (3) ثلاثة أشهر عن كل مطالبة. على ألا تزيد مدة التعويض عن (12) اثني عشر شهراً خلال كامل مدة خدمة المؤمن عليه في سوق العمل في الدولة.</p> <p>تخضع هذه الشهادة لشروط وإحكام وثيقة التأمين. يمكن الاطلاع على وثيقة التأمين عبر رابط الموقع الإلكتروني (<a href="http://www.ILOE.ae">www.ILOE.ae</a>)؛ أو من خلال مسح الرمز التالي:</p>  <p>صدرت هذه الشهادة عن شركة دبي للتأمين ش.م.ع بصفتها عضو ومدير المجمع التأميني وبالنسبة عن أعضاء المجمع التأميني</p> <p><b>للتواصل والاستفسار: 600 599 555</b></p>	

**Dubai Insurance Company Psc, Head Office, Al Rigga Road, PO Box 3027, Dubai, UAE**

**TRN: 104471339200003**

TAX INVOICE		فاتورة ضريبية
<b>Tax Invoice Number</b>	0014539629	رقم الفاتورة الضريبية
<b>Date(same as payment date)</b>	18-01-2025	تاريخ الفاتورة
<b>The Insured Worker's Name</b>	MUHAMMAD RAMZAN ABDUL RAZZAQ	اسم العامل المؤمن عليه
<b>Emirates ID or UID number</b>	784199726143979	رقم الهوية الإماراتية
<b>Certificate of Insurance No.</b>	C/02/2025/3979/009466926	رقم شهادة التأمين
<b>Coverage Period</b>	18-01-2025 to 17-01-2027	فترة التغطية
<b>Payment Plan (monthly/quarterly/yearly)</b>	Full/Annual	دورية السداد
<b>Due Date of last installment</b>	18-01-2025	تاريخ استحقاق الدفعة الأخيرة من القسط التأميني
<b>Premium in AED</b>	120.00	القسط التأميني (بالدرهم)
<b>VAT 5% on premium</b>	6.00	ضريبة القيمة المضافة على القسط التأميني (5%)
<b>Total consideration payable</b>	126.00	إجمالي المبلغ مستحق السداد
<b>Payment Reference Number</b>	PR/14541098/0018302718	رقم معاملة السداد
<b>Payment made through</b>	Worker	آلية السداد
<b>First installment received with VAT (AED)</b>	126.00	الدفعة الأولى من القسط التأميني المستحقة - متضمنة ضريبة القيمة المضافة (بالدرهم)
<b>Balance to be received in agreed instalments (AED)</b>	0.00	باقي دفعات القسط التأميني المستحقة (بالدرهم)
<b>This is a system generated document does not need any signature or stamp</b>		تصدر هذه الفاتورة من خلال نظام إلكتروني ولا حاجة لختمها أو توقيعها