



الإمارات العربية المتحدة
وزارة الموارد البشرية
والتوظيف



نظام التأمين ضد التعطل عن العمل بدولة الإمارات
Involuntary Loss of Employment Scheme in UAE



مطالبات التعويض التأمين ضد التعطل عن العمل كيفية التقدم بالمطالبة؟

هل فقدت عملك؟ نحن ندعمك



الدخول على الموقع التالي:

<https://www.diniloe.ae/nsure/login/#/>

01

• قم باختيار تقديم المطالبة

نظام التأمين ضد التعطل عن العمل بدولة الإمارات
Involuntary Loss of Employment Scheme in UAE

→ Sign In English

Individual
An individual or worker can use this option to login to the ILOE Portal.

Sector

Private Federal Government Non-Registered in MOHRE

Company
Company user or business owner can login via this option.

Submit your claim
An individual or worker can use this option to register the claim

An unique insurance coverage to the work force of the Private Sector and Federal Government within UAE



أدخل رقم الهوية الإماراتية ورقم الهاتف

02

- قم بإختيار تسجيل الدخول عن طريق رمز التحقق (OTP) لمرة واحدة.
- ملاحظة: يتم إدخال رقم الهاتف بدءاً برقم 5.
- قم بطلب رمز التحقق لمرة واحدة.



An unique insurance coverage to the work force
of the Private Sector and Federal Government
within UAE

← Back

Sign In - Select your way of login



With OTP



Registered User

* Required

UID / Emirates ID

* Required

+971

Mobile Number

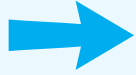
Request OTP



يجب إلغاء تصريح العمل قبل تقديم المطالبة

إضغط على تقديم مطالبة

03



English Last Login Date and Time 18-12-2023 11:33:43 AM

Worker Name UID / Emirates ID Category A Year of Birth
Passport number Sector Private Gender Male
Nationality

Policy details

COI number: Yearly
Payment option: 1 Year(s)
Policy duration: 01-01-2024
Inception date: 31-12-2024
Expiry date: Renewal
Policy Type: 63
Total Premium

1 Installment payments
Total premium paid : AED 63
Total premium due : AED 0
Last payment received
AED 63 on 19-12-2023 12:48:48 PM

You have fully paid the policy premium AED 63

[View Policy Details](#) [View Statement](#)

S.No	Certificate of Insurance	Status	Inception Date	Expiry Date	Duration	Payment Option	Download
1		Active	01-01-2024	31-12-2024	1 Year	Full/Annual	Download
2		Active	01-01-2023	31-12-2023	1 Year	Full/Annual	Download

Got any problem ?
Please Reach Us



إضغط على متابعة تقديم المطالبة

04

نظام التأمين ضد التعطل عن العمل بدولة الإمارات
Involuntary Loss of Employment Scheme in UAE

English Last Login Date and Time
18-12-2023 11:33:43 AM

Home

Claim

Claim Submission

My Claims

Claim Notification

Certificate of Insurance

Employee Name:

Policy Duration : 1 Year

Mobile No.
(Please contact call center to update your Mobile No. and Email)

Payment Option : Yearly

Coverage Period : 01-01-2023 to 31-12-2023

Email ID

Proceed your Claim Process

Got any problem ?
Please Reach Us



تأكد من تاريخ وسبب إلغاء تصريح العمل

05

English Last Login Date and Time 18-12-2023 11:33:43 AM

Home Claim Claim Submission My Claims

Claim Notification

Certificate of Insurance	Employee Name:	Payment Option :	Yearly
<input type="text"/>	Policy Duration : 1 Year	Coverage Period :	01-01-2023 to 31-12-2023
	Mobile No.	Email ID	

(Please contact call center to update your Mobile No. and Email)

MOHRE / FAHR / Non-Registered in Mohre

Cancellation Reason :	THAT	Cancellation Date :	THAT
-----------------------	------	---------------------	------

Kindly note if you are not registered with MOHRE / FAHR then your cancellation date and cancellation reason will be "NA".

I confirm the above Cancellation reason and Date are correct * Required Yes No

Got any problem ? Please Reach Us



في حالة كان تاريخ أو سبب إلغاء تصريح العمل غير صحيحين يجب على المؤمن عليه كتابة سبب عدم صحة البيانات مع إرفاق المستندات الداعمة لذلك.

الملاحظات والأوراق الداعمة

06

MOHRE / FAHR / Non-Registered in Mohre

Cancellation Reason : THAT Cancellation Date : THAT

Kindly note if you are not registered with MOHRE / FAHR then your cancellation date and cancellation reason will be "NA".

I confirm the above Cancellation reason and Date are correct * Required Yes No

Remarks * Required

Type your comments

Payment Details

Choose your Payment Method :: Required Bank Exchange House

I confirm that the insurance company can capture my bank details and use them for my future requests. * Required

Bank Name * Required --Select-- IBAN No. * Required AE IBAN Number Account Number * Required Account Number

Account Holder Name * Required Account Holder Name

Documents

Please select Document Type and Upload: * Required --Select--

Submit Claim Reset Close



01 يجب كتابة رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN) بشكل صحيح في الخانة المخصصة لذلك لضمان وصول قيمة التعويض بشكل آمن لأن نظام التأمين ضد التعطل عن العمل لا يمكنه التأكد من صحة بيانات حسابك المصرفي.

02 يجب الموافقة على أن شركة دبي للتأمين ستحتفظ بالبيانات الخاصة بالحساب المصرفي لاستخدامها في المعاملات المستقبلية.

طرق سداد التعويض – تحويل مصرفي

07

MOHRE / FAHR / Non-Registered in Mohre

Cancellation Reason : THAT

Cancellation Date : THAT

Kindly note if you are not registered with MOHRE / FAHR then your cancellation date and cancellation reason will be "NA".

I confirm the above Cancellation reason and Date are correct * Required Yes No

Remarks * Required

Type your comments

Payment Details

Choose your Payment Method : * Required Bank Exchange House

I confirm that the insurance company can capture my bank details and use them for my future requests. * Required

Bank Name * Required

IBAN No. * Required

Account Number * Required

--Select--

AE IBAN Number

Account Number

Account Holder Name * Required

Account Holder Name

Documents

Please select Document Type and Upload: * Required

--Select--

Submit Claim

Reset

Close



قم بإختيار إسم البنك الخاص بك، ثم قم بإدخال بيانات الحساب المصرفي التالية:

- رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN)
- رقم الحساب المصرفي
- إسم صاحب الحساب

طرق سداد التعويض – تحويل مصرفي

08

MOHRE / FAHR / Non-Registered in Mohre

Cancellation Reason : THAT Cancellation Date : THAT

Kindly note if you are not registered with MOHRE / FAHR then your cancellation date and cancellation reason will be "NA".

I confirm the above Cancellation reason and Date are correct * Required Yes No

Remarks * Required

Type your comments

Payment Details

Choose your Payment Method : * Required Bank Exchange House

I confirm that the insurance company can capture my bank details and use them for my future requests. * Required

Bank Name * Required --Select-- IBAN No. * Required AE IBAN Number Account Number * Required Account Number

Account Holder Name * Required Account Holder Name

Documents

Please select Document Type and Upload: * Required --Select--

Submit Claim Reset Close



طرق سداد التعويض – شركات الصرافة

09

”يرجى العلم بأنه لإستلام المبالغ
عن طريق شركات الصرافة يجب أن
يكون لديك بطاقة هوية إماراتية
سارية الصلاحية.“

• قم بإختيار إسم شركة الصرافة

MOHRE / FAHR / Non-Registered in Mohre

Cancellation Reason : THAT Cancellation Date : THAT

Kindly note if you are not registered with MOHRE / FAHR then your cancellation date and cancellation reason will be "NA".

I confirm the above Cancellation reason and Date are correct * Required Yes No

Remarks * Required

Type your comments

Payment Details

Choose your Payment Method * Required Bank Exchange House

Name of Exchange House * Required --Select--

Emirates ID:

Passport No:

(Please contact call center to update your Emirates ID and Passport No.)

Documents

Please select Document Type and Upload* Required

Supporting Documents

Drop files here or click to upload.

Accepted file formats are (.png, .jpg, .jpeg, .pdf) and the maximum allowed size is 5MB per file.

Submit Claim Reset Close



تقديم المطالبة

10

• قم بتقديم مطالبتك

MOHRE / FAHR / Non-Registered in Mohre

Cancellation Reason :

THAT

Cancellation Date :

THAT

Kindly note if you are not registered with MOHRE / FAHR then your cancellation date and cancellation reason will be "NA".

I confirm the above Cancellation reason and Date are correct * Required Yes No

Remarks * Required

Type your comments

Payment Details

Choose your Payment Method : * Required Bank Exchange House

Name of Exchange House * Required

--Select--

Emirates ID:

Passport No:

(Please contact call center to update your Emirates ID and Passport No.)

Documents

Please select Document Type and Upload: * Required

Supporting Documents

Drop files here or click to upload.

Accepted file formats are (.png, .jpg, .jpeg, .pdf) and the maximum allowed size is 5MB per file.



Submit Claim

Reset

Close



الإمارات العربية المتحدة
وزارة الموارد البشرية
والتوظيف



نظام التأمين ضد التعطل عن العمل بدولة الإمارات
Involuntary Loss of Employment Scheme in UAE

في حال كان لديك رغبة بتعديل بيانات
التواصل الخاصة بك يمكنك التواصل مع
مركز إتصال نظام التأمين ضد التعطل
عن العمل على الرقم 600599555 أو عن
طريق البريد الإلكتروني Claims@iloe.ae

سيتم إرسال التحديثات
المتعلقة بمطالبتك عن
طريق البريد الإلكتروني
ورقم الهاتف المسجلين
لدينا، ويمكنك الدخول
إلى موقعنا الإلكتروني
ومتابعة مطالبتك
من خلال أيقونة
«مطالباتي».

