



## نموذج طلب - تعديل في تفاصيل الإتصال Application Form For Change in Contact Details

Please complete this form in BLOCK CAPITALS. Please do not leave any field blank or incomplete. Any change made on the form should be countersigned by the Plan Holder and covered member. Any unclear instruction will not be processed.

يرجى تعبئة هذا النموذج بخط واضح. كما يرجى عدم ترك أي خانة فارغة أو غير مكتملة. وأي تغيير على النموذج يجب أن يعتمد على حامل الخطة والعضو المغطى بالتوقيع عليه. ولن يتم اتباع أي تعليمات غير واضحة.

رقم الخطة Plan Number:
إسم حامل الخطة Plan Holder's Name:
إسم العضو المغطى Covered Member's Name:

I request for the following specified service(s) / alteration(s) / change(s) in my Plan. If required I shall complete any document(s) / requirement(s) as asked by SALAMA or as required by the Plan Terms and Conditions.

أتقدم بطلب الخدمة (الخدمات) / التعديل (التعديلات) / التغيير (التغييرات) المحددة التالية في خطتي. وإذا لزم الأمر سأقوم بإكمال أي وثيقة (وثائق) / طلب (طلبات) حسبما تطلب سلامة أو كما هو مطلوب بموجب أحكام وشروط الخطة.

التغيير في تفاصيل الإتصال	
العنوان للمراسلات Correspondence Address:	
العنوان الدائم Permanent Address:	
رقم الهاتف Telephone No:	رقم المتحرك Mobile No:
البريد الإلكتروني Email:	

FT/CS/AF/NFA-201710

This section is mandatory and must be completed by the Plan Holder in order to comply with the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) and Common Reporting Standard (CRS). To know more about this you can refer to following link:

<https://tax.thomsonreuters.com/fatca-crs/what-is-crs-fatca/>

هذا القسم إلزامي ويجب أن يُكتمل من قبل حامل الخطة من أجل الامتثال لقانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية (FATCA) ومعيار الإبلاغ المشترك (CRS). للمزيد من المعلومات يمكنك التحقق من الرابط التالي:

<https://tax.thomsonreuters.com/fatca-crs/what-is-crs-fatca/>

هل أنت شخص أمريكي؟	نعم Yes	كلا No	
<p>The term "United States Person" means:</p> <p>√ A citizen or resident of the United States</p> <p>√ A United States Partnership / Corporation</p> <p>√ An estate that constitutes as United States estate</p> <p>√ Any trust if: A court within the United States is able to exercise primary supervision over the administration of the trust and one or more United States person(s) have the authority to control all substantial decisions of the trust.</p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>يُقصد بمصطلح "الشخص الأمريكي" ما يلي:</p> <p>√ المواطن أو المقيم في الولايات المتحدة</p> <p>√ الشراكة/ الشركة الأمريكية</p> <p>√ الممتلكات التي تشكل ممتلكات أمريكية</p> <p>√ أي مؤسسة انتزاعية إذا: كانت محكمة في الولايات المتحدة قادرة على ممارسة الإشراف الأساسي على إدارة المؤسسة وكان لدى شخص أمريكي أو أكثر السلطة للتحكم بكافة القرارات الهامة للمؤسسة الانتزاعية.</p>

ادخل رقم تعريف المكلف بدفع الضريبة في الخانات المناسبة:

Enter your TIN in the appropriate box:

<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
---	---	---

Tax Residency of Plan holder other than United States Persons - CRS

ضريبة الإقامة لحامل الخطة غير الشخص الأمريكي - معيار الإبلاغ المشترك

	نعم Yes	كلا No	
<p>1. Are you resident of UAE?</p> <p>If YES, please attach your Clear, Valid and certified Residency Proof (Passport, Resident Visa or Emirates ID copy)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>١. هل أنت مقيم في دولة الإمارات العربية المتحدة؟</p> <p>إذا كان الجواب نعم، يُرجى إرفاق إثبات إقامة واضح وساري المفعول ومصدق (وصورة عن جواز السفر وتأشيرة الإقامة أو الهوية الإماراتية)</p>
<p>2. Are you a tax resident in a country other than UAE?</p> <p>If YES, please provide details in the columns below:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>٢. هل أنت مقيم ضريبية في بلد غير الإمارات العربية المتحدة؟</p> <p>إذا كان الجواب نعم، يرجى تقديم التفاصيل في الأعمدة أدناه:</p>

S. No.	البلد / الولاية القضائية للإقامة الضريبية Country / Jurisdiction of Tax Residence	رقم تعريف المكلف بدفع الضريبة / أو السبب في حال عدم توفر الرقم TIN / or reason if TIN is unavailable	الرقم المتسلسل
1.			١.
2.			٢.
3.			٣.

**For United States person**

I declare that I am a United States Person and I have provided information related to my United States TIN in the above section. I also confirm that the TIN provided is accurate to the best of my knowledge.

I am aware that my personal information will be shared with the Regulatory Authority to comply with the United States Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA).

I understand that I will not hold SALAMA liable for any adverse United States tax consequences suffered by me because of my investment in the Plan.

I understand that all payments made towards the Plan shall be made from outside of the United States and that any payment to and from SALAMA will not be made to any bank in the United States.

**For FATCA and CRS purpose**

I understand that the information supplied by me is covered by full provisions of the Terms and Conditions governing the Plan Holder's relationship with SALAMA – Islamic Arab Insurance Company setting out how SALAMA may use and share the information supplied by me.

I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the Plan Holder and any Reportable Account(s) may be provided to the UAE regulatory authorities for onward sharing with the tax authorities of the country/jurisdiction in which the Plan Holder may be a tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

I certify that the number (TIN or SSN) shown on this form is my correct taxpayer identification number.

I certify that I am the Plan Holder (or am authorized to sign for the Plan Holder) for all the account(s) to which this form relates.

I declare that all statements made in this declaration are, to the best of my knowledge and belief to be correct and complete.

I undertake to advise SALAMA – Islamic Arab Insurance Company within 30 days of any change in circumstances which affects the tax residency status of the Plan Holder of this plan or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide SALAMA with a suitably updated Self – Certification and Declaration within 30 days of such change in circumstances.

**للشخص الأمريكي**

أقر بأنني شخص أمريكي وأنني قدمت المعلومات المتعلقة برقم تعريف المكلف بدفع الضريبة الأمريكي الخاص بي في القسم أعلاه. وأؤكد أيضا أن رقم تعريف المكلف بدفع الضريبة دقيق حسب علمي.

وأدرك أن معلوماتي الشخصية سيتم تبادلها مع السلطة التنظيمية للامتثال لقانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية.

وأفهم أنني لن أحمل سلامة المسؤولية عن أية تبعات ضريبية أمريكية عكسية يمكن أن أعرض لها بسبب استثماري في الخطة.

وأفهم بأن كافة الدفعات المقدمة من أجل الخطة ستتم من خارج الولايات المتحدة وأن أية دفعة إلى أو من سلامة لن يتم دفعها إلى بنك في الولايات المتحدة.

**لأغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية ومعايير الإبلاغ المشترك**

أفهم بأن المعلومات المقدمة من قبلي مشمولة بالتغطية بموجب الأحكام والشروط التي تحكم علاقة حامل الخطة مع سلامة – الشركة الإسلامية العربية للتأمين التي تحدد كيفية استخدام سلامة للمعلومات المقدمة من قبلي وتبادلها.

وأقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج والمعلومات المتعلقة بحامل الخطة وأي حساب (حسابات) يتعين الإفصاح عنها يمكن تقديمها للسلطات التنظيمية في دولة الإمارات العربية المتحدة لمشاركتها مع السلطات الضريبية للبلاد/الولاية القضائية التي يمكن أن يكون حامل الخطة مقيما ضريبيا فيها وفقا للاتفاقيات بين الحكومات لتبادل معلومات الحسابات المالية.

وأشهد أن رقم (تعريف المكلف بدفع الضريبة أو الضمان الاجتماعي) المبين في هذا النموذج هو رقم تعريف الكلف بدفع الضريبة الخاص بي الصحيح.

وأشهد أنني حامل الخطة (أو مفوض للتوقيع بالنيابة عن حامل الخطة) لكافة الحسابات التي يتعلق بها هذا النموذج.

وأقر بأن كافة البيانات المقدمة في هذا الإقرار حسب علمي واعتقادي صحيحة ومكتملة.

وأتعهد بإبلاغ سلامة – الشركة الإسلامية العربية للتأمين خلال ٣٠ يوما بأي تغيير في الظروف التي تؤثر على وضع الإقامة الضريبية لحامل هذه الخطة أو التي تتسبب في أن تصبح المعلومات الواردة في هذه الوثيقة غير صحيحة أو غير مكتملة، وأن أقوم بتزويد سلامة بالشهادة الذاتية والإقرار المحدثين بشكل مناسب خلال ٣٠ يوما من هذا التغيير في الظروف.

**Declaration:**

- I hereby understand and agree that these changes shall form part of the Plan and will be effective upon completion and execution of this form and approval hereof by SALAMA.

**إقرار:**

- أقر بهذا أنني أفهم وأوافق على أن هذه التغييرات ستشكل جزءا من الخطة وسوف تكون سارية عند إستيفاء وتوقيع هذا النموذج والموافقة عليه من قبل سلامة.

Plan Holder's Signature / توقيع حامل الخطة	Date / التاريخ