



## نموذج طلب - الصرف النقدي Application Form For Encashment

Please complete this Form in CAPITAL letters. The relevant fields must be completed fully, as incomplete information may delay the processing. Any change made on the Form should be countersigned by the Plan Holder. **Only original signed form is acceptable.** The signatures **MUST** match the latest records held with SALAMA. Any unclear instructions will delay the processing.

يرجى تعبئة هذا النموذج بخط واضح. ويجب إكمال الخانات ذات الصلة بشكل تام، حيث أن المعلومات الناقصة قد تؤخر معالجة الطلب. وأي تغيير على النموذج يجب أن يعتمد على حامل الخطة. ولا يُقبل سوى النموذج الأصلي الموقع. ويجب أن تكون التواريخ مطابقة لأحدث السجلات التي تحتفظ بها سلامة. وستؤدي أي تعليمات غير واضحة إلى تأخير معالجة الطلب.

رقم الخطة Plan Number:	رقم الهاتف/الجوال Telephone/Mobile No.
إسم حامل الخطة Plan Holder's Name:	
العنوان الحالي Current Address:	
البريد الإلكتروني Email:	
سبب الصرف Reason for Encashment:	

Type of Encashment	نوع الصرف النقدي
<input type="checkbox"/> Early Encashment	<input type="checkbox"/> الصرف النقدي المبكر
I request SALAMA - Islamic Arab Insurance Company that my Plan and all the Benefits under the Plan be terminated. I also request that if there is an encashment value for this Plan, it be paid to me after the Encashment Deduction is determined by the Operator. I herewith return/ have already returned the Original Plan document to SALAMA. Once we have received a full encashment instruction, you will not be able to reverse this decision, as it will constitute a full and final settlement of your Plan with no further liability to SALAMA.	أتقدم إلى سلامة - الشركة الإسلامية العربية للتأمين بطلب أن يتم إنهاء خطتي وجميع المنافع بموجب الخطة. وأطلب أيضاً أنه إذا كان هناك قيمة صرف نقدي لهذه الخطة، أن يتم دفعه لي بعد أن يتم تحديد قيمة خصم الصرف النقدي من قبل شركة التأمين. وإنني أعيد / قد أعدت بالفعل وثيقة الخطة الأصلية لسلامة. بمجرد إستلامنا لتعليمات كامل بشأن الصرف النقدي، فإنك لن تكون قادراً على إلغاء هذا القرار، حيث أنها سوف يشكل تسوية كاملة ونهائية لخطتك دون أن يظل أي مسؤولية أخرى على سلامة.
<input type="checkbox"/> Partial Encashment	<input type="checkbox"/> السحب الجزئي
I request Islamic Arab Insurance Company - SALAMA, to Partially Withdraw my Plan and pay an amount of AED/USD _____, _____ percent from the Personal Investment Account (PIA).	أتقدم إلى سلامة - الشركة الإسلامية العربية للتأمين بطلب سحب جزئي لخطتي ودفع مبلغ _____ درهم إماراتي/دولار أمريكي، _____ بالمئة من حساب الاستثمار الشخصي.
<input type="checkbox"/> Regular Withdrawal	<input type="checkbox"/> السحب المنتظم
I request SALAMA - Islamic Arab Insurance Company to regularly withdrawal AED / USD _____ from the Personal Investment Account (PIA) from dd / mm / yyyy to dd / mm / yyyy on a _____ frequency.	أتقدم إلى سلامة - الشركة الإسلامية العربية للتأمين بطلب سحب منتظم بمبلغ _____ درهم إماراتي / دولار أمريكي من حساب الاستثمار الشخصي من يوم / شهر / سنة إلى يوم / شهر / سنة بوتيرة _____.
<input type="checkbox"/> Cash Back	<input type="checkbox"/> الاسترجاع النقدي
I request SALAMA - Islamic Arab Insurance Company, to pay me _____ percent from the Personal Investment Account (PIA).	أتقدم إلى سلامة - الشركة الإسلامية العربية للتأمين بطلب أن تدفع لي _____ بالمئة من حساب الاستثمار الشخصي.

FT/CS/AF/ENF-201709

Payment Options		خيارات الدفع	
1. <input type="checkbox"/> بواسطة شيك Cross cheque	<input type="checkbox"/> الإستلام شخصي Personally collect	<input type="checkbox"/> إرسال عبر البريد إلى عنواني Courier to my address	<input type="checkbox"/> إرسال عبر البريد إلى البنك (الموزع) Courier to my Bank (Distributor)
2. <input type="checkbox"/> تحويل مصرفي (تتطبق عليه الرسوم المصرفية) Bank Transfer (Bank charges apply)			
إسم المستفيد Payee name:	عملة الدفع Payment Currency:		
إسم البنك Bank name:	رمز السويفت Swift Code:		
عنوان البنك Bank Address:			
رقم الحساب Account No	رقم الحساب الدولي IBAN:		

- If Payment Currency is not mentioned, money will be refunded in Plan Currency.
- في حال لم يتم ذكر عملة الدفع، سوف يتم رد المال بحسب خطة العملة.

Important Notes	ملاحظات هامة
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partial/ Regular/ Cash Back withdrawals are subject to such minimum and maximum amount(s)/ percentage(s) as the Operator may from time to time determine. The Operator reserves the right to charge for Withdrawals and an Encashment Deduction.</li> <li>• In case, if Plan has having any Additional Single Contribution Investment (Top-Up) then upon Partial Withdrawal, an amount will be withdrawn first from the Top-up units and then from the basic units.</li> <li>• The payable amount under Partial and Regular Withdrawal will be processed after the deduction of the applicable charges.</li> <li>• Following withdrawal(s) the Protection Benefits would be reduced by the amount of the encashment or in proportion to the amount that the withdrawal bears to the total value of the Personal Investment Account (PIA).</li> <li>• Regular Withdrawal will be met by cancellation of units from the Personal Investment Account and will be subject to any applicable charges.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تخضع السحوبات الجزئية أو المنتظمة أو الاسترداد النقدي لحد أدنى وأقصى للمبلغ (المبالغ) أو النسبة (النسب) والتي قد تحددها شركة التأمين من وقت لآخر. وتحتفظ شركة التأمين بالحق في فرض رسوم على السحوبات وخصم صرف.</li> <li>• إذا كان في الخطة أي استثمار بمساهمة واحدة إضافية (زيادة) فسيتم عند السحب الجزئي سحب مبلغ أولاً من وحدات الزيادة ومن ثم من الوحدات الأساسية.</li> <li>• سيتم معالجة المبلغ المستحق بموجب السحب الجزئي والمنتظم بعد خصم الرسوم المطبقة.</li> <li>• بعد السحب (السحوبات) سيتم تخفيض منافع الحماية بمقدار مبلغ الصرف النقدي أو بنسبة تساوي نسبة المبلغ المسحوب إلى القيمة الإجمالية للحساب الاستثمار الشخصي.</li> <li>• سيتم تلبية السحب المنتظم بواسطة إلغاء وحدات من حساب الاستثمار الشخصي، وسوف يكون خاضعاً لأي رسوم منطبقة.</li> </ul>

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 انتمائية 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 الانتمائية.</p>

ادخل رقم تعريف المكلف بدفع الضريبة في الخانات المناسبة:

Enter your TIN in the appropriate box:

--	--	--

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.

## للشخص الأمريكي

## 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.

- أقر بأنني شخص أمريكي وأنني قدمت المعلومات المتعلقة برقم تعريف المكلف بدفع الضريبة الأمريكية 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 أتعرض 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.

## Declaration

## إقرار

- 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.
- For Full Encashment Only:** I acknowledge that the payment of the requested amount as Plan Holder mentioned below will discharge SALAMA from all liabilities and responsibilities with regard to this Plan.
- I certify that I am entitled to the proceeds of this Plan and the Plan has not been assigned or transferred, nor any other person has right to claim the Plan.
- I hereby agree that upon approval of this request by SALAMA, the actual proceeds paid will be based on the Net Asset Value of the funds selected by me, as on the date of future pricing determined by the Operator (SALAMA) and not as per date of submission of this request. I understand that from the date of submission of complete documentation/ requirements, it could take up to 15 working days, for the surrender request to be completed.
- I hereby confirm that the information provided above is accurate and correct.

- 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 للبلد/ 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.
- في حالة السحب الكلي فقط:** أقر أن دفع المبلغ المطلوب كما ذكره حامل الخطة أدناه سوف يبرئ نمة سلامة من جميع الالتزامات والمسؤوليات فيما يتعلق بهذه الخطة.
- وأشهد أن لي حق في عائدات هذه الخطة وأنه لم يتم التنازل عن الخطة أو نقلها، وليس لأي شخص آخر أي حق في المطالبة بالخطة.
- أوافق على أنه عند موافقة شركة سلامة على هذا الطلب، ستكون العائدات الفعلية المدفوعة على الأساس الصافي لقيمة الصناديق التي إخترتها، وبحسب تاريخ التسعير المستقبلي المحدد من قبل شركة سلامة (وليس بحسب تاريخ تقديم هذا الطلب). وأنا أفهم أنه من تاريخ تقديم الوثائق كاملة/المتطلبات، قد يستغرق طلب صرف الخطة ما يصل إلى ١٥ يوم عمل.
- وأؤكد بهذا أن المعلومات المقدمة أعلاه دقيقة وصحيحة.

حامل الخطة Plan Holder	الشاهد Witness
اسم حامل الخطة Plan Holder's Name:	الاسم Name:
توقيع حامل الخطة Plan Holder's Signature:	التوقيع Signature:
تاريخ التوقيع Signed Date:	ختم الموزع والتاريخ Distributor Stamp & Date:

## Documents to be enclosed

## الوثائق المطلوبة إرفاقها

- Original Encashment Form.
- Certified Proof of Identity.
- Original Plan documents.
- Lost Plan Declaration Form (incase Original Plan documents are not returned).

- نموذج الصرف النقدي الأصل.
- إثبات هوية مصدقة.
- وثائق الخطة الأصلية.
- نموذج إقرار الخطة المفقود (إذا لم يتم إعادة وثائق الخطة الأصلية).