

نموذج طلب - إقرار الدفع لطرف ثالث Application Form for Third Party Payment Declaration

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 بالتوقع عليه. ولن يتم اتباع أي تعليمات غير واضحة.

رقم الخطة Plan Number:	رقم الهاتف Telephone No.
إسم حامل الخطة Plan Holder's Name:	
البريد الإلكتروني Email:	رقم الهاتف المتحرك Mobile No:

تفاصيل الدافع	
الإسم الكامل للدافع Payer's Full Name:	
العلاقة مع حامل الخطة Relationship with the Plan Holder:	رقم الهاتف المتحرك Mobile No:
عنوان الدافع Payer's Address:	
الجنسية Nationality:	

I confirm that the *monthly / quarterly / half yearly / yearly contribution of AED/ USD _____ is within my financial capability for maintaining the contributions at this level for _____ years.

أؤكد أن المساهمة الشهرية / الربع سنوية / النصف سنوية / السنوية * بمبلغ _____ درهم إماراتي/ دولار أمريكي ضمن قدرتي المالية للحفاظ على المساهمات في هذا المستوى لمدة _____ سنوات.

تفاصيل دخل الدافع	
إسم صاحب العمل Employer's Name:	
عنوان صاحب العمل Employer's Address:	
رقم هاتف صاحب العمل Employer's Contact Number:	الدخل السنوي بالدرهم الإماراتي Annual Income in AED:
إسم المصرف Payer's Bank Name:	رقم الحساب المصرفي Bank Account Number:

سبب الدفع للغير
Reason for Third Party Payment

Last 3 years income in AED		تفاصيل الدخل في السنوات الثلاث الأخيرة بالدرهم الإماراتي	
	السنة الأولى (الماضية) Year 1 (Last Year)	السنة الثانية (السابقة للماضية) Year 2 (Second Last Year)	السنة الثالثة (السابقة للسنتين الماضيتين) Year 3 (Third Last Year)
الدخل السنوي Annual Income:			

Payer's Assets and Liabilities		ممتلكات والتزامات الدافع	
الممتلكات Assets	القيمة بالدرهم الإماراتي Value in AED	الالتزامات Liabilities	القيمة بالدرهم الإماراتي Value in AED
النقد Cash		القروض Loans	
الأسهم والسندات Shares and Bonds		الحسابات الدائنة Accounts Payable	
العقارات Real Estate		رهن عقاري Mortgage	
أخرى Others		قروض أخرى Other Loans	
المجموع Total		المجموع Total	

(IRS) FATCA and (OECD) CRS Self-Certification of the Payer قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية و(منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية) شهادة الدافع الذاتية لمعيار الإبلاغ المشترك

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	
Are you a United States person?			
The term "United States Person" means: √ A citizen or resident of the United States √ A United States Partnership / Corporation √ An estate that constitutes as United States estate √ 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يُقصد بمصطلح "الشخص الأمريكي" ما يلي: √ المواطن أو المقيم في الولايات المتحدة √ الشراكة/ الشركة الأمريكية √ الممتلكات التي تشكل ممتلكات أمريكية √ 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.

ادخل رقم تعريف المكلف بدفع الضريبة في الخانات المناسبة:

Enter your TIN in the appropriate box:

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input 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	
1. Are you resident of UAE? If YES, please attach your Clear, Valid and certified Residency Proof (Passport, Resident Visa or Emirates ID copy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١. هل أنت مقيم في دولة الإمارات العربية المتحدة؟ إذا كان الجواب نعم، يُرجى إرفاق إثبات إقامة واضح وساري المفعول ومصدق (وصورة عن جواز السفر وتأشيرة الإقامة أو الهوية الإماراتية)
2. Are you a tax resident in a country other than UAE? If YES, please provide details in the columns below:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢. هل أنت مقيم ضريبي في بلد غير الإمارات العربية المتحدة؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى تقديم التفاصيل في الأعمدة أدناه:

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

Please note I am/ we are paying the contribution on the above Plan. I/We realize that by paying the contributions in respect of this Plan it gives me/ us no rights or interest in the Plan and I/we fully understand that I/we cannot benefit in any way from the Plan.
I/We declare that the information provided on the source of my funds and origin of my/our wealth is true and complete. I / we agree to provide Islamic Arab Insurance Co. (PSC) - SALAMA with any further information in respect of the funds on request.

يرجى ملاحظة أنني / أننا ندفع المساهمة بخصوص الخطة المذكورة أعلاه. وإنني / إننا ندرك أن دفع المساهمات فيما يتعلق بالخطة لا يعطيني / يعطينا أي حقوق أو مصلحة في الخطة وإنني أفهم / نفهم تماما بأنني/ أننا لا يمكننا / يمكننا الانتفاع بأي شكل من الأشكال من الخطة.
أعلن / نعلن أن المعلومات المقدمة عن مصدر الأموال وعن منشأ ثروتني / ثروتنا صحيحة وكاملة. وأوافق/نوافق على تزويد الشركة الإسلامية العربية للتأمين ش.م.ع.سلامة بأي معلومات أخرى فيما يتعلق بالأموال عند الطلب.

Declaration and Certification for FATCA and CRS

إقرار وشهادة لقانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية ومعايير الإبلاغ المشترك

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 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.

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 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.

Declaration

إقرار

الدافع / Payer	حامل الخطة / Plan Holder
اسم الدافع Payer's Name:	اسم حامل الخطة Plan Holder's Name:
توقيع الدافع Payer's Signature:	توقيع حامل الخطة Plan Holder's Signature:
التاريخ Date:	التاريخ Date:

Documents to be enclosed

- Payer's Certified Proof of Identity
- Third Party Declaration Form in original
- Certified Trade License (Company payment)
- NOC from the Company (original)

الوثائق المطلوبة إرفاقها

- إثبات هوية مصدق للدافع.
- نموذج إقرار الغير الأصلي.
- الرخصة التجارية المصدقة (دفعه الشركة).
- شهادة عدم ممانعة من الشركة (أصلية).