

نموذج طلب - إعادة التفعيل Application Form for Reinstatement

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.

تفاصيل العضو المغطى الأول	
الإسم الأول Forename:	إسم العائلة Family Name:
تاريخ الولادة Date of Birth:	البريد الإلكتروني E-mail:
رقم هاتف المنزل/العمل Home/Office Tel. No.	رقم الجوال Mobile No.
الجنس Gender:	رقم الفاكس Fax No.
طبيعة العمل Nature of Business:	
الواجبات اليومية المحددة Exact Daily Duties:	المهنة Occupation:
إسم صاحب العمل والعنوان Employer Name & Address:	صندوق بريد P.O. Box:

تفاصيل العضو المغطى الثاني	
الإسم الأول Forename:	إسم العائلة Family Name:
تاريخ الولادة Date of Birth:	البريد الإلكتروني E-mail:
رقم هاتف المنزل/العمل Home/Office Tel. No.	رقم الجوال Mobile No.
الجنس Gender:	رقم الفاكس Fax No.
طبيعة العمل Nature of Business:	
الواجبات اليومية المحددة Exact Daily Duties:	المهنة Occupation:
إسم صاحب العمل والعنوان Employer Name & Address:	صندوق بريد P.O. Box:

تفاصيل حامل الخطة (إذا كان مختلفاً عن العضو المغطى الأول أو العضو المغطى الثاني)	
<input type="checkbox"/> نفس العضو المغطى الأول Same as First Covered Member	
<input type="checkbox"/> نفس العضو المغطى الثاني Same as Second Covered Member	
<input type="checkbox"/> آخر Other	
علاقة العضو المغطى الأول بحامل الخطة:	
علاقة العضو المغطى الثاني بحامل الخطة:	
الإسم الأول Forename:	إسم العائلة Family Name:
رقم هاتف المنزل/العمل Home/Office Tel. No.	تاريخ الولادة Date of Birth:
الجنس Gender:	رقم الفاكس Fax No.
طبيعة العمل Nature of Business:	البريد الإلكتروني E-mail:
الواجبات اليومية المحددة Exact Daily Duties:	رقم الجوال Mobile No.
إسم صاحب العمل والعنوان Employer Name & Address:	صندوق بريد P.O. Box:

Bank Details and Source of Funds		٤ . تفاصيل البنك ومصدر الدخل	
العضو المغطى الأول First Covered Member	إسم البنك (البنوك) الذي يتم التعامل معه، إذا كان هناك أكثر من واحد يرجى تزويدنا بالتفاصيل Name of bank(s) dealing with, if more than one please provide details	رقم الحساب البنكي الدولي Bank IBAN	مصدر الأموال التي سيتم دفعها كمساهمة Source of Funds to be Paid as Contribution
1.			
2.			
العضو المغطى الثاني Second Covered Member			
1.			
2.			
حامل الخطة Plan Holder			
1.			
2.			

Please complete the below section in case Regular Contribution is increased to annualized AED 25,000.00 or USD 6,800.00 or higher as per the guidelines of Anti Money Laundering issued by the Insurance Authority.

يرجى تعبئة القسم أدناه في حال زيادة المساهمة المنتظمة إلى ٢٥,٠٠٠ درهم إماراتي أو ٦,٨٠٠ دولار أمريكي أو أكثر سنوياً وفقاً لإرشادات مكافحة غسل الأموال الصادرة عن هيئة التأمين.

Details of Income for last 3 years		تفاصيل الدخل في السنوات الثلاث الماضية	
الدخل السنوي (درهم إماراتي/دولار أمريكي) Annual Income (AED/USD)	العضو المغطى الأول First Covered Member	العضو المغطى الثاني Second Covered Member	حامل الخطة Plan Holder
السنة الأولى (الماضية) Year 1 (Last Year)			
السنة الثانية (السابقة للماضية) Year 2 (2nd Last Year)			
السنة الثالثة (السابقة للسنتين الماضيتين) Year 3 (3rd Last Year)			

Details of Assets and Liabilities		تفاصيل الممتلكات والالتزامات	
Current Market Value (AED/USD)		قيمة السوق الحالية (درهم إماراتي/دولار أمريكي)	
ممتلكات Assets	العضو المغطى الأول First Covered Member	العضو المغطى الثاني Second Covered Member	حامل الخطة Plan Holder
نقدي Cash			
أسهم وسندات Shares and Bonds			
عقارات Real Estate			
أخرى Others			
المجموع Total			
الالتزامات Liabilities			
قروض/ديون Loans/Debts			
الحسابات الدائنة Accounts Payable			
رهون على الممتلكات Mortgages on Property			
ديون أخرى Other Loans			
المجموع Total			

Medical & Life Style Details		التفاصيل الطبية ونمط الحياة			
		العضو المغطى الأول First Covered Member		العضو المغطى الثاني Second Covered Member	
Please specify your height in cm (s)	الرجاء تحديد طولك (سم)	MS _____	سم	CMS _____	سم
Please specify your weight in kg (s)	الرجاء تحديد وزنك (كغ)	KGS _____	كغ	KGS _____	كغ
		YES	NO	YES	NO
1. Are you now in good health and entirely free from any mental or physical impairments or deformities?	١. هل أنت الآن بصحة جيدة وخالية تماماً من أي عاهات أو تشوهات عقلية أو جسدية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever suffered or do you suffer from:	٢. هل سبق لك أن عانيت أو تعاني من:				
a) Diseases of the respiratory system (e.g. tuberculosis, asthma, persistent cough, pneumonia)?	أ) أمراض الجهاز التنفسي (مثل السل والربو والسعال المستمر والالتهاب الرئوي)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Diseases of the Genitourinary system (e.g. infections of the kidneys, urinary or genital organs, renal stones, venereal disease)?	ب) أمراض الجهاز البولي - التناسلي (مثل التهابات في الكلى والمسالك البولية التناسلية، والحصى في الكلى، والأمراض التناسلية)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Diseases of gastro-intestinal system (e.g. digestive disorders, gastric or duodenal ulcer, hepatitis B or other disorders of the liver, disorders of the gall bladder)?	ج) أمراض في جهاز المعدة (مثل اضطرابات في الجهاز الهضمي، وقرحة المعدة أو الإثني عشر، والتهاب الكبد الوبائي "ب"، أو الاضطرابات الأخرى في الكبد، واضطرابات المرارة)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Diseases of the brain nervous system or mental disorder (e.g. epilepsy, fits or fainting attacks, frequent headaches, nervous breakdown, paralysis)?	د) أمراض الجهاز العصبي الدماغي أو الاضطرابات العقلية (مثل الصرع أو نوبات الإغماء، والصداع المتكرر، والانهيار العصبي، والشلل)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diabetes, cancer, or any diseases of the blood, glands, spleen, ears, eyes or skin?	هـ) السكري، والسرطان، أو أي أمراض في الدم والغدد والطحال والأنثيين والعينين أو الجلد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Unexplained night-sweats and/or loss of weight, persistent fever, chronic or recurrent diarrhea, unexpected infections or swollen glands?	و) التعرق الليلي غير محدد السبب و/أو فقدان الوزن، الحمى المستمرة والإسهال المزمن أو المتكرر والتهابات غير المتوقعة أو تورم الغدد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Diseases of the circulatory system (e.g. heart trouble, rheumatic fever, high blood pressure, disease of the arteries and veins)?	ز) أمراض جهاز الدورة الدموية (مثل مشاكل القلب والحمى الروماتيزمية، ارتفاع ضغط الدم، وأمراض الشرايين والأوردة)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Any other diseases or ailments not mentioned above?	ح) أي أمراض أخرى، أو أمراض غير مذكورة أعلاه؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever had or been advised to undergo hospital treatment or surgery?	٣. هل سبق لك أن خضعت لجراحة أو علاج في المستشفى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you ever had or been advised to have a blood test for AIDS or an AIDS-related condition (other than for Visa Purpose) or have you ever been refused as a blood donor?	٤. هل سبق لك أن خضعت لفحص الدم المتلازم مع نقص المناعة المكتسب (الإيدز) أو مرتبط به (بخلاف الفحص لأغراض التأشيرات) أو نصحت بذلك أو هل سبق أن تم رفضك كمتبرع بالدم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you consulted a physician for any reason, including routine examination and blood test or have you received any blood transfusion(s) within the past 5 years?	٥. هل استشرت طبيباً لأي سبب من الأسباب، بما في ذلك الفحوص الروتينية واختبارات الدم، أو هل سبق أن حصلت على أي عملية نقل دم في غضون الخمس السنوات الماضية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever received or do you now receive any disability benefit?	٦. هل سبق لك أن تلقيت أو تتلقى الآن منفعة عجز؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you ever had an application for Family or Health Takaful Benefit, or life insurance declined, postponed or accepted on special terms?	٧. هل سبق أن تم رفض طلبك لمنافع تكافل العائلة أو منافع صحية أو التأمين على الحياة أو تم تأجيله أو قبوله بشروط خاصة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Do you smoke or have you ever smoked any form of tobacco within the past 12 months If "Yes", state how many per day?	٨. هل تدخن أو سبق أن دخنت أي نوع من أنواع التبغ في غضون الإثني عشر شهراً الماضية؟ إذا كان الجواب "نعم"، أذكر كم في اليوم الواحد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Do you drink alcoholic beverages? If "Yes", state what is the type and number of units per day?	٩. هل تتناول المشروبات الكحولية؟ إذا كان الجواب "نعم"، أذكر ما هو نوع وعدد الوحدات في اليوم الواحد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do you take part or intend to take part in hazardous pursuits, e.g. Diving, Climbing, Motor-sport, Flying (except as an airline passenger),	١٠. هل تشارك أو تنوي المشاركة في مغامرات، خطرة مثل الغوص، تسلق الجبال، رياضة السيارات، الطيران (باستثناء كونك مسافراً)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Do you have or have you ever had any disorder or disease of the muscles, bones, joints, limbs or spine (including arthritis, rheumatism, slipped disc, paralysis etc.)?	١١. هل تعاني أو سبق أن عانيت من أي اضطراب أو مرض في العضلات أو العظام أو المفاصل أو الأطراف أو العمود الفقري (بما في ذلك التهاب المفاصل والروماتيزم والانزلاق الغضروفي والشلل وما إلى ذلك)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. For Female Applicant: Are you pregnant? (If "Yes" please mention the duration)?	١٢. لمقدمة الطلب الأنثى: هل أنت حامل (إذا كان الجواب "نعم"، يُرجى ذكر مدة الحمل)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Have you ever suffered any complications of pregnancy or gynecological conditions, or diseases of the breast?	أ) هل تعاني من أي مضاعفات للحمل أو أمراض نسائية أو أمراض في الثدي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Do you have any life insurance cover? If Yes, please provide details of In-Force and Concurrent applications as at the date of signing the reinstatement request.	هل لديك أية تغطية تأمين على الحياة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل عن الخطط السارية والمفعول والمترامنة في تاريخ توقيع طلب إعادة التفعيل.
Have you ever had an application for Family or Health Takaful Benefit, or life insurance, declined, postponed or accepted on special terms? If "yes", please provide details:	هل سبق لك أن تقدمت بطلب للحصول على منافع التكافل العائلي أو الصحي أو التأمين على الحياة أو رفضت أو تأجلت أو قبلت بشروط خاصة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم تفاصيل:
Please give below full details if any of your answers is "yes" from question no. 2 to 12, including dates, duration of treatment, names and address of attending physician (after mentioning the question number). Please also attach copies of all medical reports.	الرجاء إعطاء التفاصيل الكاملة أدناه إذا كان الجواب "نعم" من السؤال ٢ حتى ١٢، بما في ذلك التواريخ، ومدة العلاج، وأسماء وعناوين الأطباء الذين قمت بزيارتهم (بعد ذكر رقم السؤال). كما يرجى إرفاق نسخ من جميع التقارير الطبية.

العضو المغطى الأول First Covered Member	العضو المغطى الثاني Second Covered Member

Any omission or misstatement of material fact could adversely affect the payment of Family Takaful Benefit and/ or Rider benefits under the Plan and could result in forfeiture by SALAMA – Islamic Arab Insurance Co of all contributions paid by you. If you are not ascertain whether a fact is material, please mention it. Please note that whilst this request for update of your Plan is under consideration, it is your responsibility to inform SALAMA at the address provided below of any change in your health, occupation and country of residence. By affixing your signature on this declaration you are authorizing any physician, clinic, hospital, laboratory, medical body, Insurance company, your employer, any organization, friend, relative or person to provide SALAMA all information, records or knowledge about your state of health, occupation, lifestyle and medical history.

أي سهو أو تحريف في حقيقة مادية قد يؤثر سلبا على دفع منافع التكافل العائلي و / أو منافع ملحقات التأمين بموجب الخطة وقد يؤدي إلى قيام سلامة – الشركة الإسلامية العربية للتأمين بمصادرة جميع المساهمات التي دفعتها. وإذا كنت غير متأكد مما إذا كانت حقيقة ما جوهرية أم لا، يرجى ذكر ذلك. كما يرجى ملاحظة أنه بينما يكون هذا الطلب بتحديث خطتك قيد النظر، فإنها مسؤوليتك أن تبلغ سلامة على العنوان المذكور أدناه بأي تغيير في حالتك الصحية ومهنتك وبلد إقامتك. وبوضع توقيعك على هذا الإقرار فإنك تفوض أي طبيب أو عيادة أو مستشفى أو مختبر أو هيئة طبي أو شركة تأمين أو رب عملك أو أي مؤسسة أو صديق أو قريب أو أي شخص بتزويد سلامة بجميع المعلومات أو السجلات أو المعرفة حول حالتك الصحية ومهنتك ونمط حياتك وتاريخك الطبي.

(IRS) FATCA and (OECD) CRS Self-Certification

قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية و(منظمه التعاون الاقتصادي والتنمية) الشهادة 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:			يُقصد بمصطلح "الشخص الأمريكي" ما يلي:
√ A citizen or resident of the United States	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	√ المواطن أو المقيم في الولايات المتحدة
√ A United States Partnership / Corporation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	√ الشراكة/ الشركة الأمريكية
√ An estate that constitutes as United States estate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	√ الممتلكات التي تشكل ممتلكات أمريكية
√ 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"/>	√ 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.

Enter your TIN in the appropriate box:

ادخل رقم تعريف المكلّف بدفع الضريبة في الخانات المناسبة:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 ضريبة في بلد غير الإمارات العربية المتحدة؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى تقديم التفاصيل في الأعمدة أدناه:

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.

Declaration and Certification for FATCA and CRS

إقرار وشهادة لقانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية ومعيار الإبلاغ المشترك

For United States person

للشخص الأمريكي

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.

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.

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).

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

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.

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

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.

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.

For FATCA and CRS purpose

لأغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية ومعيار الإبلاغ المشترك

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.

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.

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.

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.

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

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

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.

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

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

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

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.

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.

- Under penalties of perjury, I declare that I have examined the information on this form and to the best of my knowledge and belief that the answers and statements in this form whether in my handwriting or not, are true, correct, and complete. I further certify under penalties of perjury that:
- I am the individual that is the beneficial owner (or am authorized to sign for the individual that is the beneficial owner) of all the income to which this form relates or am using this form to document myself as an individual that is an owner or account holder of a foreign financial institution
- The income to which this form relates is: (a) not effectively connected with the conduct of a trade or business in the United States, (b) effectively connected but is not subject to tax under an applicable income tax treaty, or (c) the partner's share of a partnership's effectively connected income
- For broker transactions or barter exchanges, the beneficial owner is an exempt foreign person as defined in the relevant instructions
- 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.

Furthermore, I authorize this form to be provided to any withholding agent that has control, receipt, or custody of the income of which I am the beneficial owner or any withholding agent that can disburse or make payments of the income of which I am the beneficial owner. I agree that I will submit a new form within 30 days if any certification made on this form becomes incorrect.

- تحت عقوبات شهادات الزور، أصرّح بأنني قد درست المعلومات الواردة في هذا النموذج، وبحسب علمي واعتقادي، وسواء كانت بكتابتي اليدوية أم لا، فهي حقيقية، صحيحة وكاملة. وأشهد كذلك تحت طائلة عقوبات شهادات الزور بالتالي:
- أنتي الشخص المالك المستفيد (أو المرخص بالتوقيع عن الشخص الذي هو المالك المستفيد) وذلك عن كل الدخل المتعلق بهذا النموذج أو أنني أستخدم هذا النموذج لتوثيق نفسي كشخص الذي هو مالك أو صاحب حساب مؤسسة مالية أجنبية
- الدخل الذي يتعلق بهذا النموذج هو: (أ) غير متعلق بشكل فعال بإدارة شركة تجارية أو أعمال تجارية في الولايات المتحدة، (ب) هو مرتبط فعلياً ولكن لا يخضع للضريبة بموجب معاهدة ضريبة الدخل المعمول بها، أو (ج) أن حصة الشريك من الشراكة مرتبطة فعلياً بالدخل بالنسبة للصفقات التجارية للوسطاء أو تبادل المقايضة، فإن المالك المستفيد هو شخص أجنبي مُعفى كما هو محدد في التعليمات ذات الصلة
- أقر بهذا أنني أفهم وأوافق على أن هذه التغييرات ستشكل جزءاً من الخطة وسوف تكون سارية عند إستيفاء وتوقيع هذا النموذج والموافقة عليه من قبل سلامة.
- وعلاوة على ذلك، أفوض أن يُتاح هذا النموذج لأي وكيل مُعفى يمكنه التحكم، إستلام، أو حضانة الدخل الذي أكون فيه المالك المستفيد أو أي وكيل مُعفى يمكنه صرف أو إجراء مدفوعات من الدخل الذي أكون فيه المالك المستفيد. أوافق على أنني سأقوم بتقديم نموذج جديد خلال ٣٠ يوماً في حال أصبحت أية شهادة مقدمة في هذا النموذج غير صحيحة.

توقيع العضو المغطى الأول Signature of First Covered Member	توقيع العضو المغطى الثاني Signature of Second Covered Member	توقيع حامل الخطة (إذا كان مختلفاً عن العضو المغطى الأول أو العضو المغطى الثاني) Signature of Plan Holder (If different from First Covered Member or Second Covered Member)
التاريخ Date	التاريخ Date	التاريخ Date

Documents to be enclosed

- Reinstatement Form.
- Certified Proof Of Identity.

الوثائق المطلوبة إرفاقها

- نموذج إعادة التنغيع.
- إثبات هوية مصدقة.