

**APPLICATION FORM FOR
 ADDITIONAL SINGLE CONTRIBUTION**
**نموذج طلب -
 المساهمة الإضافية الواحدة**

Plan No. _____

رقم الخطة _____

INSTRUCTIONS FOR FILLING THE APPLICATION FORM

- Please complete this application with one pen in English and BLOCK CAPITALS or in Arabic and enclose certified copies of identification documents of the Plan Holder. Certification must be from distributor/ notary public.
- Please do not leave any field blank or incomplete. A copy of this Form is available upon request.
- Any changes made on the Form should be countersigned by Plan Holder.
- This form complies with the regulatory requirement of the Insurance Authority (UAE) regarding Anti Money Laundering and combating Terrorism Financing Procedures.
- Please ensure that the answers in this form are correct.

- تعليمات لملء نموذج الطلب
- يرجى استكمال هذا النموذج بنفس القلم باللغة الإنجليزية بأحرف كبيرة أو باللغة العربية وإرفاق نسخة مصدقة من وثيقة الهوية لحامل الخطة. يجب أن يتم التصديق عن طريق الموزع أو كاتب العدل.
 - يرجى عدم ترك أي حقل فارغ أو غير مكتمل. نسخة من هذا النموذج متاحة عند الطلب.
 - أي تغييرات يطرأ على نموذج يجب أن يوقع من قبل حامل الخطة.
 - هذا النموذج يتوافق مع المتطلبات التنظيمية لهيئة التأمين (الإمارات العربية المتحدة) المتعلقة بإجراءات مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب.
 - يرجى التأكد من أن الأجوبة الواردة في هذا النموذج صحيحة.

SECTION 1: DETAIL OF PLAN HOLDER
القسم 1: التفاصيل حامل الخطة

الإسم الكامل (كما هو موضح في بطاقة الهوية) Full Name (as shown in ID):						
الجنس Gender:	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	الحالة الإجتماعية Marital Status:	الجنسية (الجنسيات)/الإقامة (الإقامات) الدائمة Nationality(ies)/Permanent Residency(ies):		
رقم بطاقة الهوية/جواز السفر ID/Passport No.						
تاريخ الولادة Date of Birth:	D	D	M	M	Y	Y
بلد الولادة Birth Country:						
الإقامة (اختر واحداً) Residency(Select One):	<input type="checkbox"/>	مقيم في دولة الإمارات UAE Resident	<input type="checkbox"/>	مقيم في دول الخليج GCC Resident	<input type="checkbox"/>	غير مقيم Non Resident
طبيعة العمل Nature of Business:						
إسم صاحب العمل والعنوان Employer Name & Address:					صندوق بريد P.O. Box:	
الواجبات اليومية المحددة Exact Daily Duties:					المهنة Occupation:	
CORRESPONDENCE ADDRESS						
عنوان المراسلة						
رقم الشقة/المنزل Apartment / House No.			رقم البناية Building No.			
إسم الشارع Street Name:			المدينة City:			
البلد Country:			صندوق بريد P.O. Box:			
رقم هاتف المنزل/العمل Home/Office Tel. No.		رقم الفاكس Fax No.		رقم الهاتف المتحرك Mobile No.		
البريد الإلكتروني Email:						
HOME COUNTRY ADDRESS						
العنوان في بلد الموطن						
رقم الشقة/المنزل Apartment / House No.			رقم البناية Building No.			
إسم الشارع Street Name:			المدينة City:			
البلد Country:			صندوق بريد P.O. Box:			

FT-CS(ASC)202005

SECTION 2: (IRS) FATCA and (OECD) CRS Self-Certification (Applicable for Plan Holder only)

القسم 2: (دائرة الإيرادات الداخلية) قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية
(ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية) الشهادة الذاتية لمعيار الإبلاغ المشترك
(ينطبق على حامل الخطة فقط)

Instructions (Please read before completing the form):

التعليمات (يرجى قراءة النموذج قبل استكماله):

UAE is a participating country in sharing financial data of individuals under both the United States Internal Revenue Services (IRS) and Organization for Economics Cooperation and Development's tax acts (OECD) with its counterparty participating jurisdictions. This step has been taken to help protect the integrity of tax systems around the world.

تشارك دولة الإمارات العربية المتحدة في تبادل البيانات المالية للأفراد بموجب قوانين دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية المتعلقة بالضرائب مع الولايات القضائية للقطاعات المشاركة. وقد تم اتخاذ هذه الخطوة للمساعدة في حماية نزاهة الأنظمة الضريبية في جميع أنحاء العالم.

Islamic Arab Insurance Company (P.S.C.) – SALAMA is required to collect tax related information under applicable tax regulations, the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) and the Common Reporting Standard (CRS) for the Automatic Exchange of Financial Account Information from its Plan Holders. SALAMA is obliged to share information about the Plan(s) for which you are a Plan Holder with the UAE regulatory authority.

ويطلب من الشركة الإسلامية العربية للتأمين (ش.م.ع.) - سلامة جمع المعلومات المتعلقة بالضرائب بموجب الأنظمة الضريبية المعمول بها، وقانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية ومعيار الإبلاغ المشترك للتبادل التلقائي لمعلومات الحسابات المالية من حاملي الخطة. وتلتزم سلامة بتبادل المعلومات بشأن الخطة (الخطة) التي تكون حاملاً لها مع السلطات التنظيمية في دولة الإمارات العربية المتحدة.

Please complete following sections :

يرجى استكمال القسم التالي:

1. If you are an individual.
2. For Joint Life Plan's - please use a separate form for each Plan Holder.

1- إذا كنت فرداً.
2- بالنسبة لخطة الحياة المشتركة - يرجى استخدام نموذج منفصل لكل حامل للخطة.

For more information on tax residency, please visit this link to assist you determine your country(ies) of tax residency:

للمزيد من المعلومات بشأن الإقامة الضريبية، يرجى زيارة هذا الرابط لمساعدتك في تحديد بلد الإقامة الضريبية الخاص بك:

<http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/>

<http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/>

or you may alternatively consult your tax advisor for further assistance.

أو بإمكانك بدلاً من ذلك استشارة مستشارك الضريبي للحصول على المزيد من المساعدة.

Are you a United States person?

نعم
Yes

كلا
No

هل أنت شخص أمريكي؟

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.

عموماً، الشخص الأمريكي هو:
✓ المواطن أو المقيم في الولايات المتحدة
✓ الشراكة/ الشركة الأمريكية
✓ الممتلكات التي تشكل ممتلكات أمريكية
✓ أي مؤسسة ائتمانية 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 الائتمانية.

Please provide your United States Tax payer Identification Number (TIN) or Social Security Number (SSN) below

يرجى تزويد رقم تعريف المكلف بدفع الضريبة الأمريكي أو رقم الضمان الاجتماعي أدناه

--	--	--	--

--	--

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

Tax Residency of citizen other than United States – CRS

نعم
Yes

كلا
No

الإقامة الضريبية غير الأمريكية

1. Are you a resident of UAE?
If 'YES', attach Clear, Valid and Certified residency proof (Copy of Passport, Resident Visa or Emirates ID)

1. هل أنت مقيم في الإمارات العربية المتحدة?
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ارفاق إثبات إقامة واضح، ساري المفعول ومصدق. (صورة عن جواز السفر وتأشيرة الإقامة أو هوية الإمارات)

2. Are you a tax resident in a country other than UAE?
If 'YES', please provide details in the column below:

2. هل أنت مقيم ضريبي في بلد آخر غير الإمارات العربية المتحدة؟
في حال كانت الإجابة نعم، يرجى تزويد التفاصيل في الأعمدة الواردة أدناه:

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

Declaration and Certification for FATCA and CRS

إقرار وشهادة لقانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية ومعياري 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/SSN in the above section. I also confirm that the TIN/SSN 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 tax payer identification number or social security 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.

للشخص الأمريكي

- أقر بأنني شخص أمريكي وأني قد قدمت المعلومات المتعلقة برقم تعريف المكلف بدفع الضريبة الأمريكي/رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي في القسم أعلاه. وأؤكد أيضاً أن رقم تعريف المكلف بدفع الضريبة/رقم الضمان الاجتماعي 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 أي 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 أي دفعة إلى أو من سلامة لن يتم دفعها إلى بنك في الولايات المتحدة.

لأغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية ومعياري 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 مقيماً ضريبياً فيها وفقاً للاتفاقيات بين الحكومات لتبادل معلومات الحسابات المالية.
- وأشهد أن رقم (تعريف المكلف بدفع الضريبة أو الضمان الاجتماعي) المبين في هذا النموذج هو رقم تعريف المكلف بدفع الضريبة أو رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي الصحيح.
- وأشهد أنني حامل الخطة (أو مفوض للتوقيع بالنيابة عن حامل الخطة) لكافة الحسابات التي يتعلّق بها هذا النموذج.
- وأقر بأن كافة البيانات المقدمة في هذا الإقرار حسب علمي واعتقادي صحيحة ومكتملة.
- وأتعهد بإبلاغ سلامة – الشركة الإسلامية العربية للتأمين خلال 30 يوماً 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.

SECTION 3: CONTRIBUTION DETAILS

القسم 3: تفاصيل المساهمة

المساهمة Contribution:	مدة الخطة Plan Term
عملة الخطة Plan Currency	<input type="checkbox"/> الدرهم الإماراتي AED <input type="checkbox"/> الدولار الأمريكي USD
سبب الغطاء Reason for cover:	

SECTION 4: INVESTMENT DETAILS

القسم 4: تفاصيل الإستثمار

إسم الصندوق (الصناديق) / الإستراتيجية (الإستراتيجيات) Fund(s) / Strategy (ies)	النسبة (%) Percentage (%)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

SECTION 5: BENEFICIARIES DETAILS

القسم ٥: تفاصيل المستفيدين

الإسم الكامل Full Name	صلة القرابة بالحامل الخطة Relationship to Plan Holder	تاريخ الولادة / العمر Date of Birth / Age	نسبة الحصة (%) Percent Share (%)

SECTION 5.1: If any of the Beneficiary(ies) is a minor (under 18 years), please provide the guardian details:

القسم ٥.١: إذا كان المسفيد/ المستفيدون، قاصر/ قصر (تحت سن ١٨)، الرجاء تزويدنا بالتفصيل عن الوصي.

الإسم الكامل Full Name	صلة القرابة بالمستفيد (المستفيدين) Relationship Beneficiary(ies)	العمر Age	رقم جواز السفر Passport Number

Please complete the below sections in case Contribution amount is AED 25,000 or USD 6,800 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 ٢٥٠٠٠ درهم إماراتي أو ٦٨٠٠ دولار أمريكي أو أكثر وفقاً لإرشادات مكافحة غسل الأموال الصادرة عن هيئة التأمين.

SECTION 6: BANK AND SOURCE OF FUND DETAILS

القسم ٦: تفاصيل البنك ومصدر الدخل

حامل الخطة Plan Holder	إسم البنك (البنوك) الذي يتم التعامل معه، إذا كان هناك أكثر من واحد يرجى تزويدنا بالتفاصيل Name of your Bank(s) dealing with, if more than one please provide details	رقم (أرقام) الحساب البنكي الدولي Bank IBAN(s)	مصدر الأموال التي سيتم دفعها كمساهمة Source of Funds to be Paid as Contribution
1.			
2.			
3.			

SECTION 7: DETAILS OF ANNUAL INCOME FOR LAST 3 YEARS

القسم ٧: تفاصيل الدخل السنوي في السنوات الثلاث الماضية

الدخل السنوي (درهم إماراتي/دولار أمريكي) Annual Income (AED/USD)	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)

SECTION 8: ASSETS AND LIABILITIES DETAILS

القسم ٨: تفاصيل الممتلكات والالتزامات

قيمة السوق الحالية (درهم إماراتي/دولار أمريكي) (Current Market Value (AED / USD))			
ممتلكات Assets		الالتزامات Liabilities	
نقدي Cash		ديون/قروض Loans/Debts	
وسندات و أسهم Shares and Bonds		الحسابات الدائنة Accounts Payable	
عقارات Real Estate		رهون على الممتلكات Mortgages on Property	
أخرى Others		قروض أخرى Other Loans	
المجموع Total		المجموع Total	

SECTION 9: DECLARATION

القسم 9: إقرار

Under penalties of perjury, I hereby declare to the best of my knowledge and belief that all statements and answers in this application are full, complete and true, whether in my/our handwriting or not and shall be the basis of Takaful Contract. I further certify under penalties of perjury that:	أقر، تحت عقوبة شهادة الزور، وحسب علمي واعتقادي بأن جميع التصريحات والأجوبة الواردة في هذا الطلب كاملة وتامة وحقيقية سواء كانت مكتوبة بخط اليد أم لا وأنها ستشكل أساس عقد التكافل، كما أشهد تحت عقوبة شهادة الزور بما يلي:
• I confirm that I have not concealed any material fact (a material fact is one that could influence the assessment of the Application) and understand the failure to disclose a material fact may invalidate Takaful Benefit.	• أؤكد أنني لم أخفي أي حقائق جوهرية (الحقيقة الجوهرية هي التي قد تؤثر على تقييم الطلب) وأدرك أن عدم الإفصاح عن الحقائق الجوهرية قد يلغي منفعة التكافل.
• We agree to inform the Operator in writing of any change in any financial circumstances.	• أوافق على إبلاغ شركة التأمين كتابةً بأي تغيير في الأحوال المالية.
• I declare that Islamic Arab Insurance Company – SALAMA (Operator) will manage my Contribution under Wakalah Principles as per Standard Plan Terms and Conditions.	• أقر أن الشركة الإسلامية العربية للتأمين – سلامة (الشركة) ستتولى إدارة مساهمتي بموجب مبادئ الوكالة وفقاً لشروط وأحكام الخطة المعيارية.
• I agree that the proceeds of Plan's investment in (Fund(s)/ Strategy(ies) are not guaranteed and that the Operator bears no responsibility for the performance of Fund(s)/ Strategy(ies) selected by the Plan Holder.	• أوافق أن عوائد استثمارات الخطة في الصندوق (الصناديق)/ الاستراتيجية (الاستراتيجيات) (الاستراتيجيات) ليست مضمونة وأن الشركة لا تتحمل أي مسؤولية عن أداء الصندوق (الصناديق)/ الاستراتيجية (الاستراتيجيات) التي يختارها حامل الخطة.
• Personal Data: I hereby provide Operator my unambiguous consent, to process, share, and transfer my Personal Data* to a recipient outside the country (e.g. to Operator's Group Office and/or to other branches and / or affiliates) where the transfer, sharing, is necessary for the performance of the contract or for the compliance with any legal obligation to which Operator is subject to and where necessary transfer, share any such information with the regulators and other law enforcement agencies for the performance of its obligations related to the international sanctions and other regulations applicable to Operator.	• البيانات الشخصية: أقدم بموجب هذا لشركة التأمين موافقتي القاطعة على معالجة وتبادل ونقل بياناتي لشخصية* إلى جهة مستلمة خارج الدولة (مثل مكتب مجموعة الشركة و/أو الفروع الأخرى و/أو الشركات التابعة) حيثما يكون النقل والتبادل ضروري لتنفيذ العقد أو للامتثال لأي التزام قانوني تخضع له شركة التأمين، وعند الضرورة نقل وتبادل أي من هذه المعلومات مع الجهات التنظيمية وأجهزة إنفاذ القانون الأخرى لأداء التزاماتها المتعلقة بالعقوبات الدولية والإجراءات الرقابية الأخرى السارية على شركة التأمين.
* Personal Data means all information relating to me (whether marked "personal" or not) disclosed to Operator by whatever means either directly or indirectly which concerns, including but not limited to, business, operations, contract details, account balances/activities or any transactions undertaken with Operator.	* البيانات الشخصية هي جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء كانت مصنفة "شخصية" أو "غير شخصية") التي يتم الإفصاح عنها إلى شركة التأمين بأي وسيلة كانت سواء بشكل مباشر أو غير مباشر والتي تتعلق، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الأعمال أو العمليات أو تفاصيل الاتصال أو أرصدة الحساب/الأنشطة أو أي معاملات تقوم بها شركة التأمين.
• I hereby authorize Operator to send me notifications and notices via Short Message Service (SMS) and I accept receiving SMS and understand that Operator makes no warranty that the SMS will be uninterrupted or error free and any such error or interruption shall not be deemed mor treated in any way whatsoever to create any liability on Operator and I acknowledge that I shall not file any complaint or claim against Operator for any SMS error or interruption or for any reason related to receiving/not receiving SMS.	• أنا أفوض شركة التأمين بإرسالتي الإشعارات والإخطارات من خلال خدمة الرسائل القصيرة وأقبل استلام رسائل قصيرة وأدرك أن شركة التأمين لا تضمن عدم انقطاع الرسائل القصيرة أو خلوها من الأخطاء وأن أي انقطاع أو خطأ لا يعتبر أو يعامل بأي طريقة كانت بأنه ينشئ مسؤولية على شركة التأمين وأقر أنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة بحق شركة التأمين عن أي خطأ أو انقطاع في خدمة الرسائل القصيرة لأي سبب يتعلق باستلام/عدم استلام الرسائل القصيرة.
E-MAIL DECLARATION: I authorize the Operator to update the contact details including email address specified in this application form and to use for all future correspondence. a) Operator is not responsible for non-receipt of e-mails due to invalid e-mail addresses or other technical problems related to your e-mail service. b) If you would like to change your e-mail address with Operator, or if you would like a paper copy of the Documents, or if you believe that you have not received your Documents, please notify us immediately. c) You consent to provide your e-mail address to be included in Operator's e-mail list and accept any inherent risks involved with e-mail communications.	إقرار البريد الإلكتروني: أفوض الشركة بتحديث تفاصيل الاتصال بما في ذلك عنوان البريد الإلكتروني المحدد في نموذج الطلب هذا واستخدامه في جميع المراسلات المستقبلية. (أ) شركة التأمين غير مسؤولة عن عدم استلام البريد الإلكتروني بسبب عناوين بريد إلكتروني غير صحيحة أو مشكلات فنية أخرى تتعلق بخدمة البريد الإلكتروني الخاصة بك. (ب) إذا كنت ترغب في تغيير عنوان بريدك الإلكتروني لدى شركة التأمين أو إذا كنت ترغب في نسخة ورقية من المستندات أو إذا كنت تعتقد أنك لم تستلم مستنداتك، يرجى إبلاغنا في الحال. (ج) إنك توافق على تقديم عنوان بريدك الإلكتروني ليدرج ضمن قائمة البريد الإلكتروني لشركة التأمين وتقبل المخاطر الكامنة المرتبطة بمراسلات البريد الإلكتروني.

توقيع حامل الخطة Signature of Plan Holder	Date / التاريخ (DD/MM/YYYY)	المدينة / الإمارة City / Emirate