مقيدة تحت الرقم (١٧) بموجب القانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧.
Registration No. (17) under Federal Law No. (6) of 2007.

سلامة
SALAMA
الشركة الإسلامية العربية للتأمين (ش.م.ع.)
ISLAMIC ARAB INSURANCE CO.(P.S.C.)

APPLICATION FORM FOR CHANGE IN CONTACT DETAILS

نموذج طلب - تعديل في تفاصيل الإتصال

رقم الخطة
Plan Number:

INSTRUCTIONS FOR FILLING THE APPLICATION FORM

1. 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.
2. Please do not leave any field blank or incomplete. A copy of this Form is available upon request.
3. Any changes made on the Form should be countersigned by Plan Holder.

تعليمات لملء نموذج الطلب

١. يرجى استكمال هذا النموذج بنفس القلم باللغة الإنكليزية بأحرف كبيرة أو باللغة العربية وإرفاق نسخة مصدقة من وثيقة الهوية لحامل الخطة. يجب أن يتم التصديق عن طريق الموزع أو كاتب العدل.
٢. يرجى عدم ترك أي حقل فارغ أو غير مكتمل. نسخة من هذا النموذج متاحة عند الطلب.
٣. أي تغييرات يطرأ على نموذج يجب أن يوقع من قبل حامل الخطة.

DETAILS OF PLAN HOLDER — تفاصيل حامل الخطة

الإسم الكامل (كما هو في بطاقة الهوية)
Full Name (as per ID):

رقم بطاقة الهوية/جواز السفر
ID/Passport No.

تاريخ الولادة
Date of Birth: d d m m y y y y

بلد الولادة
Birth Country:

الإقامة (اختر واحداً)
Residency (Select One):

☐ مقيم في دولة الإمارات
UAE Resident

☐ مقيم في دول الخليج
GCC Resident

☐ غير مقيم
Non-Resident

I request for the following specified service(s)/ alteration(s)/ change(s) in my Plans. 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) / التغير (التغيرات) المحددة التالية في خطتي. وإذا لزم الأمر ساقوم بإكمال أي وثيقة (وثائق) / طلب (طلبات) حسبما تطلب سلامة أو كما هو مطلوب بموجب أحكام وشروط الخطة.

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 الأساسي *
Primary Email: *

البريد الإلكتروني الثانوي
Secondary Email:

*Primary email address is mandatory for all correspondance and for registration on the customer portal.

*عنوان البريد الإلكتروني الأساسي إلزامي لجميع المراسلات وللتسجيل في موقع العملاء.

HOME COUNTRY ADDRESS — العنوان في بلد المنشأ

رقم الشقة/المنزل Apartment / House No.:	رقم البناية Building No.
إسم الشارع Street Name:	المدينة City:
البلد Country:	صندوق بريد P.O. Box:

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

(دائرة الإيرادات الداخلية) قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية و (منظمه التعاون الاقتصادي والتنمية) الشهادة الذاتية لمعيار الإبلاغ المشترك (ينطبق على حامل الخطة فقط)

Instructions (Please read before completing the form):

UAE is a participating country in sharing financial data of individuals under both the United States Internal Revenue Services (IRS) and Organization for Economic 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 .

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.

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

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

التعليمات (يرجى قراءة النموذج قبل استكماله):

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

ويُطلب 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 (الخطط) التي تكون حاملا لها مع السلطات التنظيمية في دولة الإمارات العربية المتحدة.

يرجى استكمال القسم التالي:
١- إذا كنت فرداً.
٢- بالنسبة لخطة الحياة المشتركة – يرجى استخدام نموذج منفصل لكل حامل للخطة.

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
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.	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	يُقصد بمصطلح "الشخص الأمريكي" ما يلي: √ 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 Unites States Tax payer Identification Number (TIN) or Social Security Number (SSN) below:	يرجى تزويد رقم تعريف المكلف يدفع الضريبة الأمريكي أو رقم الضمان أدناه
☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	

Tax Residency of Plan holder other than United States Persons - CRS	نعم Yes	كلا No	ضريبة الإقامة لحامل الخطة غير الشخص الأمريكي - معيار الإبلاغ المشترك
1. Are you resident of UAE? If YES, please attach your Clear, Valid and Certified Residency Proof (Passport, Resident Visa or Emirates ID copy)	☐	☐	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:	☐	☐	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 لمتسلسل
1.			١.
2.			٢.
3.			٣.

إقرار وشهادة لقانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية ومعيار الإبلاغ المشترك

Declaration and Certification for FATCA and CRS

للشخص الأمريكي

- أقر بأنني شخص أمريكي وأنني قدمت المعلومات المتعلقة برقم تعريف المكلف بدفع الضريبة الأمريكي/رقم الضمان الإجتماعي الخاص بي في القسم أعلاه. وأؤكد أيضا أن رقم تعريف المكلف بدفع الضريبة/رقم الضمان الإجتماعي 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.

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.

لأغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية ومعيار 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 التغير في الظروف.

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.

إقرار:

أقر بهذا أنني أفهم و أو افق على أن هذه التغييرات ستشكل جزءا من خططي مع سلامة وسوف تكون سارية عند إستيفاء وتوقيع هذا النموذج والموافقة عليه من قبل سلامة.

Declaration :

I hereby understand and agree that these changes shall form part of all my Plans with SALAMA and will be effective upon completion and execution of this form and approval hereof by SALAMA.

التاريخ Date	توقيع حامل الخطة Plan Holder's Signature