

**APPLICATION FORM
FOR CHANGE IN BENEFICIARY**
**نموذج طلب -
تغيير المستفيد**

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. أي تغيير على النموذج يجب أن يعتمد على حامل الخطة والعضو المغطى بالتوقيع عليه. ولن يتم اتباع أي تعليمات غير واضحة.

رقم الخطة Plan Number:	رقم الإتصال Contact Number:
إسم حامل الخطة Plan Holder's Name:	
إسم العضو المغطى Covered Members Name:	
البريد الإلكتروني Email:	بلد الإقامة Country of Residence:

I request for the following specified service(s) / alteration(s) / change(s) in my Plan.
If required I shall complete any document(s) / requirement(s) as asked by SALAMA or as required by the Plan Terms and Conditions.

أقدم بطلب الخدمة (الخدمات) / التعديل (التعديلات) / التغيير (التغييرات) التالية المحددة في خطتي.
وإذا لزم الأمر سأقوم بإستكمال أي وثيقة (وثائق) / طلب (طلبات) حسبما تطلب سلامة أو كما هو بموجب أحكام وشروط الخطة.

Change in Beneficiary(ies)	التغيير في المستفيد/المستفيدين
المستفيد الرئيسي 1 Primary Beneficiary 1	المستفيد الرئيسي 2 Primary Beneficiary 2
الإسم Name:	الإسم Name:
العنوان Address:	العنوان Address:
تاريخ الميلاد Date of Birth	تاريخ الميلاد Date of Birth
بلد الإقامة Country of Residence:	بلد الإقامة Country of Residence:
العلاقة بالعضو المغطى Relationship with the Covered Member:	العلاقة بالعضو المغطى Relationship with the Covered Member:
نسبة الحصة Percentage Share:	نسبة الحصة Percentage Share:
المستفيد الرئيسي 3 Primary Beneficiary 3	المستفيد الرئيسي 4 Primary Beneficiary 4
الإسم Name:	الإسم Name:
العنوان Address:	العنوان Address:
تاريخ الميلاد Date of Birth	تاريخ الميلاد Date of Birth

بلد الإقامة Country of Residence:	بلد الإقامة Country of Residence:
العلاقة بالعضو المغطى Relationship with the Covered Member:	العلاقة بالعضو المغطى Relationship with the Covered Member:
نسبة الحصة Percentage Share:	نسبة الحصة Percentage Share:

إذا كان المستفيد (المستفيدين) قاصر (قصر) تحت سن 18 سنة من العمر) يرجى تحديد الوصي على النحو التالي
Incase the Beneficiary(ies) is/are minor(s) (under 18 years of Age) please designate a Guardian as follows

الإسم الكامل Full Name:	
العنوان Address:	العلاقة بالمستفيد Relationship with the Beneficiary:
تاريخ الميلاد Date of Birth:	رقم جواز السفر Passport No:

تعيين المستفيد (المستفيدين) في الطوارئ

المستفيد المشروط ١ Contingent Beneficiary 1	المستفيد المشروط ٢ Contingent Beneficiary 2
الإسم Name:	الإسم Name:
العنوان Address:	العنوان Address:
تاريخ الميلاد Date of Birth	تاريخ الميلاد Date of Birth
بلد الإقامة Country of Residence:	بلد الإقامة Country of Residence:
العلاقة بالعضو المغطى Relationship with the Covered Member:	العلاقة بالعضو المغطى Relationship with the Covered Member:
نسبة الحصة Percentage Share:	نسبة الحصة Percentage Share:

المستفيد المشروط ٣ Contingent Beneficiary 3	المستفيد المشروط ٤ Contingent Beneficiary 4
الإسم Name:	الإسم Name:
العنوان Address:	العنوان Address:
تاريخ الميلاد Date of Birth	تاريخ الميلاد Date of Birth
بلد الإقامة Country of Residence:	بلد الإقامة Country of Residence:
العلاقة بالعضو المغطى Relationship with the Covered Member:	العلاقة بالعضو المغطى Relationship with the Covered Member:
نسبة الحصة Percentage Share:	نسبة الحصة Percentage Share:

Note: The Covered Member cannot be a Guardian or Beneficiary.

ملاحظة: لا يمكن أن يكون العضو المغطى هو نفسه الوصي أو المستفيد.

إذا كان المستفيد المشروط (المستفيدين المشروطين) قاصر (قصر) تحت سن ١٨ سنة من العمر) يرجى تحديد الوصي على النحو التالي
In case the Contingent Beneficiary(ies) is/are minor(s) (under 18 years of Age) please designate a Guardian as follows

الإسم الكامل Full Name:	
العنوان Address:	العلاقة بالمستفيد Relationship with the Beneficiary:
الميلاد Date of Birth:	رقم جواز السفر Passport No:

Declaration :

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.

إقرار
إنني أفهم ووافق على أن هذه التغييرات يجب أن تشكل جزءاً من الخطة وسوف تكون سارية عند إستكمالها النموذج

حامل الخطة Plan Holder	الشاهد Witness
الإسم Name:	الإسم Name:
التوقيع Signature:	التوقيع Signature:
التاريخ Date:	التاريخ Date:
بلد الإقامة Country of Residence:	بلد الإقامة Country of Residence:

Documents to be enclosed:

- Certified Proof of Identity of the Plan Holder.
- Change of Beneficiary Form.
- If Guardian appointed, Certified Proof of Identity is required.

الوثائق المطلوبة ارفاقها

- إثبات هوية مصدق لحامل الخطة
- نموذج تغيير المستفيد
- إذا تم تعيين وصي، مطلوب إثبات هوية مصدق له