مقيدة تحت الرقم (١٧) بموجب المرسوم بقانون اتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٢٥.
Registration No. (17) under Federal Decree-Law No. (6) of 2025.

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

APPLICATION FORM FOR REINSTATEMENT
نموذج طلب – إعادة التامين

Plan No _____ **رقم الخطة** _____

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 and Covered Member(s). 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 and Covered Member(s).
4. This form complies with the regulatory requirement of the Insurance Authority (UAE) regarding Anti Money Laundering and combating Terrorism Financing Procedures.
5. Please ensure that the answers in this form are correct.

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 والعضو المغطى (الأعضاء المشمولين بالتغطية). 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 والعضو المغطى (الأعضاء المشمولين بالتغطية).
٤. هذا النموذج يتوافق مع المتطلبات التنظيمية لهيئة التأمين (الإمارات العربية المتحدة) المتعلق بإجراءات مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب.
٥. يرجى التأكد من أن الأجوبة الواردة في هذا النموذج صحيحة.

SECTION 1: PERSONAL DETAILS
القسم ١: التفاصيل الشخصية

1.1. DETAILS OF FIRST COVERED MEMBER (as shown in the identification document)
١-١ تفاصيل العضو المغطى الأول (كما هو موضح في وثيقة الهوية)

الإسم الكامل (كما هو موضح في بطاقة الهوية) Full Name (as shown in ID):			
الجنس Gender: ☐ ذكر Male ☐ 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 Residency: ☐ مقيم في دولة الإمارات UAE Resident ☐ مقيم في دول الخليج GCC Resident ☐ 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 (RF)-2020

سلامة - ص. ب ٢١٤ . ا، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤٠٧ ٩٧١+، فاكس : ٧٠٧ ٣٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214, Dubai, United Arab Emirates. Tel: +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007

1.2. DETAILS OF SECOND COVERED MEMBER (as shown in the identification document)

٢-١ تفاصيل العضو المغطى الثاني (كما هو موضح في وثيقة الهوية)

علاقة العضو المغطى الثاني بالعضو المغطى الأول Relationship of Second Covered Member to First Covered Member:						
الإسـم الكامل (كما هو موضح في بطاقة الهوية) Full Name (as shown in ID):						
الجنـس Gender: ☐ ذكـر Male ☐ أنثـى Female		الحالة الإجتماعية Marital Status:		الجنسية (الجنـسيـات)/الإقامة (الإقامات) الدائمة Nationality(ies)/Permanent Residency(ies):		
رقم بطاقة الهوية/جواز السفر ID/Passport No.						
تاريـخ الـولادة Date of Birth:	D D M M 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			
طبيعة العمل Nature of Business:						
إسم صاحب العمل والعنوان Employer Name & Address:				صندوق بريد P.O. Box:		
الواجبات اليومية المحددة Exact Daily Duties:				المـهـنـــة 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:

سلامة - ص. ب ١٠٢١٤، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤٠٧ ٩٧١+، فاكس : ٧٠٠ ٣٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214, Dubai, United Arab Emirates. Tel: +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007

1.3. DETAILS OF PLAN HOLDER (Please select the relevant option mentioned below) (as shown in the identification document)	١-٣ تفاصيل حامل الخطة (يُرجى إختيار الجواب المناسب المذكور أدناه) (كما هو موضح في وثيقة الهوية)

☐ نفس العضو المغطى الأول Same as First Covered Member	☐ نفس العضو المغطى الثاني Same as Second Covered Member	☐ آخر (يُرجى تقديم التفاصيل الكاملة أدناه) Other (Please provide full details below)

علاقة العضو المغطى الأول بحامل الخطة Relationship of First Covered Member to Plan Holder:
علاقة العضو المغطى الثاني بحامل الخطة Relationship of Second Covered Member to Plan Holder:
الإسـم الكامل (كما هو موضح في بطاقة الهوية) Full Name (as shown in ID):

الجنس Gender: ☐ ذكـر Male ☐ أنثـى Female	الحالة الإجتماعية Marital Status:	الجنسية (الجنـسيـات)/الإقامة (الإقامات) الدائمة Nationality(ies)/Permanent Residency(ies):

رقم بطاقة الهوية/جواز السفر ID/Passport No.								
تاريـخ الـولادة Date of Birth:	D	D	M	M	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

طبيعة العمل Nature of Business:	
إسم صاحب العمل والعنوان Employer Name & Address:	صندوق بريد P.O. Box:
الواجبات اليومية المحددة Exact Daily Duties:	المـهـنـــة 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:

سلامة - ص. ب ٢١٤ . ١، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤٠٧ ٩٧١+، فاكس : ٧٠٧ ٣٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214, Dubai, United Arab Emirates. Tel: +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007

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

١,٤: (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 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.

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 authorities.

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?	**هل أنت شخص أمريكي؟**	
	نعم Yes	**كلا** No
Generally, a United States person is:		
√ 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)	☐	☐	١. هل أنت مقيم في الإمارات العربية المتحدة؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ارفاق اثبات اقامة واضح، ساري المفعول ومصدق. (صورة عن جواز السفر وتأشيرة الاقامة أو هوية الإمارات)
2. Are you a tax resident in a country other than UAE? If 'YES', please provide details in the column below:	☐	☐	٢. هل أنت مقيم ضريبي في بلد آخر غير الإمارات العربية المتحدة؟ في حال كانت الإجابة نعم، يرجى تزويد التفاصيل في الأعمدة ا لواردة أدناه:

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

سلامة - ص. ب ٢١٤. ١، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤٠٧ ٤ ٩٧١+، فاكس : ٧٠٠٧ ٣٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214, Dubai, United Arab Emirates. Tel: +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007

Declaration and Certification for FATCA and CRS

إقرار وشهادة لقانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية ومعيار 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 within 30 days of such change in circumstances.

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 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 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 المكلف بدفع الضريبة أو رقم الضمان الإجتماعي 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.

SECTION 2: BANK AND SOURCE OF FUNDS DETAILS

القسم ٢: 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 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.			
العضو المغطى الثاني **Second Covered Member**			
1.			
2.			
حامل الخطة **Plan Holder**			
1.			
2.			

SECTION 3: DETAILS OF INCOME FOR LAST 3 YEARS

القسم ٣: 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)			

سلامة - ص. ب ٢١٤. ١، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤٠٧ ٩٧١+، فاكس : ٧٠٠ ٧٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214, Dubai, United Arab Emirates. Tel: +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007

SECTION 4: DETAILS OF TRAVEL PLAN — القسم ٤: تفاصيل خطط السفر

4.1.Details of Travel Plans for next 12 Months (including a copy of your itinerary if applicable)				٤,١ تفاصيل خطط السفر خلال الأشهر ال ١٢ المقبلة (مرفق صورة من برنامج الرحلة إن تواجد)
العضو المغطى الأول First Covered Member	الدولة / المدينة Country & City	مدة الإقامة لكل زيارة Length of Stay per Visit	عدد الزيارات في السنة Number of Visits per Year	الغرض من السفر (التجارة / عطلة) Purpose of Travel (Business / Vacation)
1.				
2.				
3.				
العضو المغطى الثاني Second Covered Member				
1.				
2.				
3.				

4.2. Details of Travel over the last 12 Months				٦,٤ تفاصيل رحلات السفر التي قمت بها خلال الأشهر ال ١٢ الماضية
العضو المغطى الأول First Covered Member	الدولة / المدينة Country & City	مدة الإقامة لكل زيارة Length of Stay per Visit	عدد الزيارات في السنة Number of Visits per Year	الغرض من السفر (التجارة / عطلة) Purpose of Travel (Business / Vacation)
1.				
2.				
3.				
العضو المغطى الثاني Second Covered Member				
1.				
2.				
3.				

SECTION 5: ASSETS AND LIABILITIES DETAILS — القسم ٥: تفاصيل الممتلكات والإلتزامات

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			
الإلتزامات Liabilities			
قروض/ديون Loans/Debts			
الحسابات الدائنة Accounts Payable			
رهون على الممتلكات Mortgages on Property			
قروض أخرى Other Loans			
Total المجموع			

سلامة - ص. ب ٢١٤ . ١، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤ ٤ ٧ ٩٧١+، فاكس : ٧ . ٧ ٣٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214, Dubai, United Arab Emirates. Tel: +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007

SECTION 6: DETAILS OF OTHER LIFE INSURANCE PLANS WITH SALAMA OR ANY OTHER INSURANCE COMPANY

القسم ٦: تفاصيل عن خطط أخرى للتأمين على الحياة مع سلامة أو أية شركة تأمين أخرى

	العضو المغطى الأول First Covered Member	العضو المغطى الثاني Second Covered Member	حامل الخطة Plan Holder
إسم الشركة Company Name			
رقم الخطة Plan Number			
سنة الإصدار Year of Issuance			
قيمة المبلغ المؤمن Sum Covered Amount (AED/USD)			
قيمة المساهمة Contribution Amount (AED/USD)			
نموذجي أو مصنف Standard or Rated Up			

SECTION 7: FAMILY HISTORY

القسم ٧: سجل العائلة

صلة القرابة Relationship	العضو المغطى الأول First Covered Member			العضو المغطى الثاني Second Covered Member		
	العدد No(s)	العمر الحالي/الحالة الصحية Current Age/State of Health	العمرعند الوفاة/سبب الوفاة Age at Death/Cause of Death	العدد No(s)	العمر الحالي/الحالة الصحية Current Age/State of Health	العمرعند الوفاة/سبب الوفاة Age at Death/Cause of Death
والد Father	لا ينطبق N/A			لا ينطبق N/A		
والدة Mother	لا ينطبق N/A			لا ينطبق N/A		
زوجة (زوجات) Spouse(s)						
أخ (أخوة) Brother(s)						
أخت (أخوات) Sister(s)						
طفل (أطفال) Child(ren)						

سلامة - ص. ب ٢١٤ . ا ، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤٠٧ ٩٧١+، فاكس : ٧٠ . ٧ ٣٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214, Dubai, United Arab Emirates. Tel: +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007

SECTION 8: MEDICAL AND LIFE STYLE DETAILS

القسم ٨: التفاصيل الطبية ونمط الحياة

		العضو المغطى الأول First Covered Member		العضو المغطى الثاني Second Covered Member	
Please specifiy your height in cms.	الرجاء تحديد طولك (سم)	سم CMS _____		سم CMS _____	
Please specify your weight in kgs.	الرجاء تحديد وزنك (كغ)	كغ KGS _____		كغ KGS _____	
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؟	نعم/YES ☐	كلا/NO ☐	نعم/YES ☐	كلا/NO ☐
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, COVID-19)?	أ) أمراض الجهاز التنفسي (مثل السل والربو والسعال المستمر والإلتهاب الرئوي وكوفيد-١٩)؟	☐	☐	☐	☐
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)؟	☐	☐	☐	☐
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 إضطرابات في الجهاز الهضمي، وقرحة المعدة أو الإثني عشر، والتهاب الكبد الوبائي "ب"، أو الإضطرابات الأخرى في الكبد، وإضطرابات المرارة)؟	☐	☐	☐	☐
d) Diseases of the brain, nervous system or mental disorder (e.g. epilepsy, fits or fainting attacks, frequent headaches, nervous breakdown, paralysis)?	د) أمراض الدماغ، الجهاز العصبي أو الإضطرابات العقلية (مثل الصرع أو نوبات الإغماء، والصداع المتكرر، والإنهيار العصبي، والشلل)؟	☐	☐	☐	☐
e) Diabetes, cancer, or any disease of the blood, glands, spleen, ears, eyes or skin?	ه) السكري، والسرطان، أو أي أمراض في الدم والغدد والطحال والأذنين والعينين أو الجلد؟	☐	☐	☐	☐
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 والإلتهابات غير المتوقعة أو تورم الغدد؟	☐	☐	☐	☐
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)؟	☐	☐	☐	☐
h) Do you have or you ever had any disease or disorder of the muscles, bones, joints, limbs or spine (e.g. arthritis, rheumatism, slipped disc, paralysis etc.)?	ح) هل لديك أو كان لديك أي مرض أو اضطراب في العضلات والعظام والمفاصل والأطراف أو العمود الفقري (على سبيل المثال، التهاب المفاصل والروماتيزم والانزلاق الغضروفي والشلل وما إلى ذلك)؟	☐	☐	☐	☐
i) Any other diseases or ailments not mentioned above?	ط) أي أمراض أخرى، أو أمراض غير مذكورة أعلاه؟	☐	☐	☐	☐
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؟	☐	☐	☐	☐
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؟	☐	☐	☐	☐
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 إستشرت طبيباً لأي سبب من الأسباب، بما في ذلك الفحوص الروتينية وإختبارات الدم، أو هل سبق أن حصلت على أي عملية نقل دم في غضون الخمس السنوات الماضية؟	☐	☐	☐	☐
6. Have you ever received or do you now receive any disability benefit?	٦. هل سبق لك أن تلقيت أو تتلقى الآن منفعة عجز؟	☐	☐	☐	☐
7. Do you have any life insurance policy? If "Yes", please provide details in section number 6.	٧. هل لديك أية وثيقة تأمين على الحياة؟ إذا كان الجواب "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل في القسم رقم ٦.	☐	☐	☐	☐
8. Have you ever had an application for Family or Health Takaful Benefit, or life insurance declined, postponed or accepted on special terms?	٨. هل سبق أن تم رفض طلبك لمنافع تكافل العائلة أو منافع صحية أو التأمين على الحياة أو تم تأجيله أو قبوله بشروط خاصة؟	☐	☐	☐	☐
9. Do you smoke or have you ever smoked any form of tobacco within the past 12 months? If "Yes", state how many per day?	٩. 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؟	☐	☐	☐	☐
10. Do you drink alcoholic beverages? If "Yes", state what is the type and number of units per day?	١٠. هل تتناول المشروبات الكحولية؟ إذا كان الجواب "نعم"، أذكر ما هو نوع وعدد الوحدات في اليوم الواحد؟	☐	☐	☐	☐
11. Do you take part or intend to take part in hazardous pursuits, e.g. Diving, Climbing, Motor-sport, Flying (except as an airline passenger)?	١١. هل تشارك أو تنوي المشاركة في مغامرات، خطرة مثل الغوص، تسلق الجبال، رياضة السيارات، الطيران (بإستثناء كونك مسافراً)؟	☐	☐	☐	☐
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)	☐	☐	☐	☐
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؟	☐	☐	☐	☐

Please give below full details if any of your answers is "Yes" from question no. 2 to 12, including dates, duration of treatment, name(s) and address of attending physician(s) (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

سلامة - ص. ب ٢١٤ . ١، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤ ٠٧ ٩٧١+، فاكس : ٠٧ ٠٧ ٣٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214, Dubai, United Arab Emirates. Tel: +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007

SECTION 9: DECLARATION	القسم ٩: إقرار
Under penalties of perjury, I/we hereby declare to the best of my/our knowledge and belief that all statements and answers in this application together with those in any required medical examination, questionnaire or amendments are full, complete and true, whether in my/our hand writing or not and shall be the basis of Takaful Contract. I/We further certify under penalties of perjury that:	أقر/نقر، تحت عقوبة شهادة الزور، وحسب علمي واعتقادي بأن جميع التصريحات والأجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك الواردة في أي فحص طبي أو استبيان أو تعديلات مطلوبة كاملة وتامة وحقيقية سواء كانت مكتوبة بخط اليد أم لا وأنها ستشكل أساس عقد التكافل، كما أشهد/نشهد تحت عقوبة شهادة الزور بما يلي:
• I/We confirm that I/we have not concealed any material fact (a material fact is one that could influence the assesent of the Application) and understand the failure to disclose a material fact may invalidate Takaful Benefit.	• أؤكد/نؤكد أنني/أننا لم أخفي/نخفي أي حقائق جوهرية (الحقيقة الجوهرية هي التي قد تؤثر على تقييم الطلب) وأدرك/ندرك أن عدم الإفصاح عن الحقائق الجوهرية قد يلغي منفعة التكافل.
• I/We agree that the Operator shall not be liable for any claim on account of illness, injury or death, the cause of which was known prior to approval of my/our request for assurance and withheld or concealed in the above statements.	• أوافق/نوافق أن شركة التأمين غير مسؤولة عن أي مطالبة بسبب المرض أو الإصابة أو الوفاة والتي يكون سببها معروفا قبل الموافقة على طلبي/طلبنا للتأمين أو إذا تم حجبه أو إخفائه في التصريحات المذكورة أعلاه.
• I/We hereby authorize any Person, Physician, Hospital, Clinic, Institution, Insurance, Reinsurance, Retakaful, and/or any other Organization that has any records, application or knowledge of me/us and my/our family members to give to SALAMA any and all information about me/us and my/our family members and copy of records with reference to health, financial circumstances, medical history, physical / mental health, any hospitalization, medical advice, diagnosis, treatment, disease and/or ailment. I/We also authorize Operator to obtain and share, from any source it deems appropriate, information concerning my/our financial, professional and/or personal status. A photocopy of this authorization shall be valid as legally original.	• أفوض/نفوض أي شخص و/أو طبيب و/أو مستشفى و/أو عيادة و/أو مؤسسة و/أو شركة تأمين و/أو شركة إعادة تأمين و/أو شركة تكافل و/أو أي منظمة أخرى لديها أي سجلات أو طلب أو معرفة خاصة بأفراد عائلتي/عائلاتنا بأن تعطي سلامة أي معلومة أو كل المعلومات المتعلقة بأفراد عائلتي/عائلاتنا ونسخة من السجلات المتعلقة بالصحة و/أو الظروف المالية و/أو التاريخ الطبي و/أو الصحة البدنية / النفسية و/أو أي دخول للمستشفى و/أو استشارة طبية و/أو تشخيص و/ أو علاج و/أو مرض و/أو علة. كما أفوض/نفوض شركة التأمين بأن تحصل على وتتبادل، من ومع أي مصدر تراه مناسباً، المعلومات التي تتعلق بوضعي/بوضعنا المالي و/أو المهني و/أو الشخصي. وتعتبر صورة من هذا التفويض صالحة كما لو كانت نسخة أصلية قانونية.
• I/We agree to inform the Operator in writing of any change in any medical or financial circumstances.	• أوافق/نوافق على ابلاغ شركة التأمين كتابةً بأي تغيير في الأحوال الطبية أو المالية.
• Personal Data: I/We hereby provide Operator my/our 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/نقدم بموجب هذا لشركة التأمين موافقتي/موافقتنا القاطعة على معالجة وتبادل ونقل بياناتي الشخصية* 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/us (whether marked "personal "or not) disclosed to Operator by whatever means either directly or indirectly which concerns, including but not limited to, medical conditions, treatments, prescriptions, business, operations, contract details, account balances/activities or any transactions undertaken with Operator.	* البيانات الشخصية هي جميع المعلومات المتعلقة بي/بنا (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، بالأحوال الطبية أو العلاجات أو الوصفات الطبية أو الأعمال أو العمليات أو تفاصيل الاتصال أو أرصدة الحساب/الأنشطة أو أي معاملات تقوم بها شركة التأمين.
• I/We hereby authorize Operator to send me/us notifications and notices via Short Message Service (SMS) and I/we 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 or treated in any way whatsoever to create any liability on Operator and I/we acknowledge that I/we 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/نحن أفوض/نفوض شركة التأمين بإرسالي/بإرسالنا الإشعارات والإخطارات من خلال خدمة الرسائل القصيرة وأقبل/نقبل استلام رسائل قصيرة وأدرك/ندرك 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 ينشيء مسؤولية على شركة التأمين وأقر/نقر أنني/أننا لن أقدم/نقدم أي شكوى أو مطالبة بحق شركة التأمين عن أي خطأ أو انقطاع في خدمة الرسائل القصيرة لأي سبب يتعلق باستلام/عدم استلام الرسائل القصيرة.

سلامة - ص. ب ٢١٤ . ١، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤٠٧ ٩٧١+، فاكس : ٧٠٠ ٧٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214, Dubai, United Arab Emirates. Tel: +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007

البريد الإلكتروني: أنا / نحن نفوض 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.

E-MAIL DECLARATION: I/we authorize the Operator to update the contact details including email address specified in this application form and to use for all future correspondance.

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.

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)		توقيع العضو المغطى الثاني Signature of Second Covered Member		توقيع العضو المغطى الأول Signature of First Covered Member	
التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	المدينة/الإمارة City/Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	المدينة/الإمارة City/Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	المدينة/الإمارة City/Emirate

سلامة - ص. ب ٢١٤ . ١، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤٠٧ ٩٧١+، فاكس : ٧٠٠٧ ٣٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214, Dubai, United Arab Emirates. Tel: +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007