

Change of Address

Request Form



American Life Insurance Company (MetLife)

P.O. Box 371916, Dubai, United Arab Emirates

Tel +971 4 415 4555, Fax + 971 4 415 4445

CustomerServices.Gulf@metlife.com

Instructions: Use this form to update your address details. Please complete this form in its entirety to avoid any delays in processing. If you need any assistance in completing this form, please contact our customer service representatives.

Requirements: (1) Change of Address form; (2) Copy of Valid I.D. (3) valid Passport & Visa copy

Notes:

- The request form is valid for only 30 days from the signature date and an expired request form will not be processed.
- All fields marked * and all sections are mandatory to be filled in the request form.
- Further requirements may be requested upon review of the request form.

1. Policy Details*

Policy No (1)	<input type="text"/>	Policy No (2)	<input type="text"/>	Policy No (3)	<input type="text"/>
Policy No (4)	<input type="text"/>	Policy No (5)	<input type="text"/>	Policy No (6)	<input type="text"/>

2. Personal Details

First Name*	<input type="text"/>	Middle Name	<input type="text"/>	Last Name*	<input type="text"/>
Mobile No*	<input type="text" value="Country Code"/> - <input type="text" value="Area Code"/> - <input type="text"/>	Telephone*	<input type="text" value="Country Code"/> - <input type="text" value="Area Code"/> - <input type="text"/>		
Email ID*	<input type="text"/>				
Date of Birth	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	Place of Birth	<input type="text"/>		
Please List all Nationalities*	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>		

Residency*

1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>
-------------------------	-------------------------	-------------------------

* "Residency" is any place where you may be obliged to file income tax returns as a resident of that jurisdiction and/or where you have residency rights.

3. New Address

Correspondence Address / Mailing Address*

Area/Street	<input type="text"/>	Building	<input type="text"/>
Flat/Villa No.	<input type="text"/>	P.O. Box / Zip Code	<input type="text"/>
State/District Province	<input type="text"/>	City/Town	<input type="text"/>
		Country	<input type="text"/>

Residence Address*

Area/Street	<input type="text"/>	Building	<input type="text"/>
Flat/Villa No.	<input type="text"/>	P.O. Box / Zip Code	<input type="text"/>
State/District Province	<input type="text"/>	City/Town	<input type="text"/>
		Country	<input type="text"/>

Irrevocable beneficiary's signature (If applicable)

Policy owner's signature

Declarations

- (a) I understand that Coverage and /or Payment under the insurance contract will NOT be made if: (i) the policyholder, insured, or person entitled to receive such payment is residing in a sanctioned country; or (ii) the policyholder, the insured or person entitled to receive such payment is listed on the Office of Foreign Assets Control (OFAC) Specially Designated Nationals (SDN) list, the OFAC Sectorial Sanctions Identifications list or any international or local sanctions list; or (iii) the payment is claimed for services received in any sanctioned country.

I also understand that the Company shall not be liable to pay any claim or provide any coverage or Benefit to the extent that the provision of such coverage or Benefit would expose the Company to any sanction under any applicable laws.

- (b) **Data Transfer:** I hereby give MetLife unambiguous consent, to process, share, and transfer My personal data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to your Headquarters in the USA, MetLife branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where MetLife believe that the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of the Policy; (ii) assisting MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife customers experience; (iv) for the compliance with the applicable laws and regulations; or (v) for the compliance with other law enforcement agencies for international sanctions and other regulations applicable to MetLife. MetLife will ensure that such recipients will have sufficient confidentiality obligations to procure the confidentiality of the personal information and provided that MetLife complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data.

For clarity, personal data means any data/information related to Insured and/or Insured's family which might include any health, identity and financial information or contact details, disclosed to MetLife at any time.

- (c) I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices via short message service "SMS" and I accept receiving SMS and understand that MetLife 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 MetLife and I acknowledge that I shall not file any complaint or claim against MetLife for any SMS error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving SMS.

U.S.A. Internal Revenue Service (IRS) declaration:*

In submitting and in signing this form, the applicant(s) certify(ies) that the Insured, Joint Insured, Applicant, and any designated Beneficiary(ies):

(select the answer that applies)

☐ **ARE** ☐ **ARE NOT** United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes ⁽¹⁾⁽²⁾

The Applicant(s) agree(s) to inform the Company within thirty (30) days of the Applicant(s) knowledge of such change if the Applicant(s) or any designated Beneficiary become(s) a U.S. person of U.S. Federal Income Tax purposes or if the Applicant(s) assign(s) the policy to such a U.S. person.

Please note that a false statement or misrepresentation of tax status by a U.S. person could lead to penalties under U.S. law.

If you are a United States person, fill in the details below:

• **U.S. Tax ID number of Applicant(s) & Insured:**

• **U.S. Tax ID number of Beneficiary(ies):**

1. This question is for U.S. Federal Income Tax purposes. The U.S. Internal Revenue Service requires the Company to report the taxable income paid to persons subject to United States Federal Income Tax. PLEASE NOTE that if you are a U.S. person for U.S. tax purposes and fail to provide a U.S. Tax Identification Number to the Company, the IRS requires the Company to withhold tax from taxable income payments made to you at the rate of up to 30%.
2. For purposes of this declaration a U.S. person is a citizen or resident of the United States, a United States partnership, and trust which is controlled by one or more U.S. persons and is subject to the supervision of a U.S. court.

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) declaration:

The Insured / Owner consents to MetLife, its officers and agents disclosing any confidential information to:

- (i) Any group member and representatives of MetLife in any jurisdiction (together with MetLife, the "Permitted Parties");
- (ii) Any persons as required by any law (including but not limited to the U.S.A. Foreign Account Tax Compliance Act) or authority (including but not limited to the U.S.A. Internal Revenue Service) with jurisdiction over any of the Permitted Parties;
- (iii) Professional advisers, insurer, reinsurer or insurance broker and service providers of the Permitted Parties who are under a duty of confidentiality to the Permitted Parties;
- (iv) Any actual or potential assignee, novatee or transferee in relation to any of MetLife's rights and/or obligations under this Policy (or any agent or adviser of any of the foregoing).

"Confidential Information" means all information relating to the Insured / Owner (whether marked "confidential" or not) disclosed by whatever means either directly or indirectly to MetLife which concerns the business, operations or customers of the Insured / Owner (including but not limited to contact details, tax identification number / social security number, account balances/activities or any transactions undertaken with MetLife)."

MetLife will deduct any withholding required by the US Foreign Account Tax Compliance Act ("FATCA").

MetLife reserves the right, within its sole discretion, to terminate the policy in the event that appropriate documentation of Insured's / Owner's US or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to MetLife. In particular, in the event that applicable local laws or regulations would prohibit withholding on payments to the account or prohibit the reporting of the account, and no waiver of such local law is obtained, MetLife reserves the right to close the account.

CRS Declarations*

Please complete the following table indicating (i) where the account holder is tax resident and (ii) the account holder's TIN for each country/ jurisdiction indicated.

Note: If the account holder is a tax resident in more than three countries/jurisdictions, please use a separate sheet

Irrevocable beneficiary's
signature (If applicable)

x Signature

Policy owner's signature

x Signature

If a TIN is unavailable please provide the appropriate reason A, B or C where indicated below:

Reason A

The country/jurisdiction where the account holder is resident does not issue TINs to its residents

Reason B

The account holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number. Please explain why you are unable to provide the required information

Reason C

No TIN is required. (Note. Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issued by such jurisdiction)

Country/Jurisdiction of tax residence	TIN Tax Identification number	If no TIN available enter Reason A, B or C	If Reason B Selected, please explain
1.			
2.			
3.			

Please complete below 4 questions if you are a tax resident in one of below countries:

Country/Jurisdiction of tax residence					
1.	Antigua and Barbuda	5.	Cyprus	9.	Saint Kitts and Nevis
2.	Bahamas	6.	Dominica	10.	Saint Lucia
3.	Bahrain	7.	Grenada	11.	Seychelles
4.	Barbados	8.	Malta	12.	Turks and Caicos Islands
13.	Vanuatu	14.	Panama	15.	United Arab Emirates

Questions: (All questions are mandatory to answer*)

1.

Did you obtain residence rights under a Citizenship by Investment (CBI)/Residence by Investment (RBI) Scheme?*

If 'Yes' write type of Scheme below.....

☐ YES

☐ NO

☐ Citizenship by Investment (CBI)

☐ Residence by Investment (RBI)
2.

Do you hold residence rights in any other country?*

If 'Yes' Please mention country name below

☐ YES

☐ NO
3.

Have you spent more than 90 days in any other country (ies) during the previous year?*

If "Yes" Please mention the country name below.....

☐ YES

☐ NO
4.

In which jurisdiction(s) have you filed personal income tax returns during the previous year?*

Please add country name. If you didn't file income tax returns in any country please mention not applicable.

I understand that the information supplied by me is covered by the full provisions of the terms and conditions governing the account holder's relationship with MetLife setting out how MetLife may use and share the information supplied by me.

I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the account holder and any reportable account(s) may be reported to the tax authorities of the country/jurisdiction in which this account(s) is/are maintained and exchanged with tax authorities of another country/ jurisdiction or countries/jurisdictions in which the account holder may be tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

I certify that I am the Account Holder (or am authorized to sign for the Account Holder) of 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, correct and complete.

I undertake to both advise **MetLife** of any change in circumstances which affects the tax residency status of the individual identified in the application or in this form or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide **MetLife** with a suitably updated Self-Certification and Declaration, within 90 days of such change in circumstances.

Irrevocable beneficiary's signature (If applicable)

x

Signature

Policy owner's signature

x

Signature

E-mail Declaration:

By providing your E-mail address and signing this application you agree to receive the policy document, certificate and / or any other documents ["Documents"] via electronic mail ["E-mail"]. Please be aware that having chosen this electronic delivery of Documents, it is your responsibility to ensure that the E-mail address you have provided us is correct at all times.

MetLife 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.

If you would like to change your E-mail address with MetLife, 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.

By signing this application, you understand and agree that if you wish to discontinue receiving Documents electronically it is your obligation to revoke this Authorization by another written document.

By signing this application also, you declare that you have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy and you will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife. You understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of your information. You consent to provide your E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

Signatures*

Signed at	<input type="text" value="City"/>	<input type="text" value="Country"/>	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="M"/>	20	<input type="text" value="Y"/>	<input type="text" value="Y"/>
Full Name of Policy Owner	<input type="text" value="Full Name in his/her own handwriting"/>		Signature	<input type="text" value="X"/>					
Full Name of Irrevocable Beneficiary or Assignee	<input type="text" value="Full Name in his/her own handwriting"/>		Signature	<input type="text" value="X"/>					
Witness name and signature is not necessary if the customer is submitting directly to MetLife									
Full Name of Witness / Agent	<input type="text" value="Full Name in his/her own handwriting"/>		Signature	<input type="text" value="X"/>					
Agent Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Need help

How to contact us						
Country	UAE	Kuwait	Oman	Bahrain	Qatar	Any other Country
Call us	800 - MetLife (800 - 6385433)	+965 2 208 9333	800 70708	800 08033	800 9711	+971 4 415 4555
Mail us	P.O. Box 371916, Dubai – U.A.E.					
E-mail us	CustomerServices.Gulf@metlife.com					
Website	www.metlife-gulf.com					

How to submit the form

Please send **original** documents to:

Customer Care - MetLife
P.O. Box 371916
Dubai – U.A.E.

تعليمات: استخدم هذا النموذج لتحديث تفاصيل العنوان لديك. يرجى ملء هذا النموذج بالكامل لتجنب أي تأخير في المعالجة. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في ملء هذا النموذج، يرجى الاتصال بممثلي خدمة العملاء لدينا.

المتطلبات: (١) نموذج تغيير العنوان؛ (٢) صورة من بطاقة هوية صالحة (٣) صورة من جواز سفر وتأشيرة سارية.

ملاحظات:

١. نموذج الطلب صالح لمدة ٣٠ يومًا فقط من تاريخ التوقيع ولن تتم معالجة نموذج الطلب المنتهي الصلاحية.

٢. جميع الخانات التي تحمل علامة * وجميع الأقسام إلزامية ملؤها في نموذج الطلب.

٣. قد يتم طلب متطلبات أخرى عند مراجعة نموذج الطلب.

١. تفاصيل الوثيقة*

٢. التفاصيل الشخصية *

البريد الإلكتروني *

يرجى ذكر جميع الجنسيات*

الإقامة:*

* «الإقامة» هي أي مكان قد تكون ملزماً فيه بتقديم إقرارات ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية القضائية و/أو حيث تتمتع بحقوق الإقامة.

٣. العنوان الجديد:

عنوان المراسلة / العنوان البريدي *

عنوان السكن *

غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

(أ) أقر وأنفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان حامل الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيمًا في دولة مفروض عليه عقوبات؛ (٢) كان حامل الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجًا اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجاريًا الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى؛ (٣) كانت المطالبة سداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات.

أدرك كذلك أن الشركة لن تتحمل أي مسؤولية عن دفع قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية أو منفعة في حال أن دفع هذه المطالبة أو توفير هذه التغطية أو المنفعة يعرض الشركة إلى عقوبة بموجب أي قوانين معمول بها.

(ب) **تحويل البيانات:** أنا أمنح متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتك الشخصية إلى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، شركاتها الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركائنا في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما نتخذ متلايف بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى متلايف، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لمتلايف. متلايف تضمن بأن يلتزم المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإن متلايف تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية. لغايات التوضيح، تعني بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

(ج) أفوض، بموجب هذه الوثيقة، شركة متلايف بإرسال إخطارات وإشعارات إليّ عبر خدمة الرسائل القصيرة "SMS" وأوافق على تلقي الرسائل القصيرة وأدرك أن شركة متلايف لا تضمن عدم تقطع الرسائل أو خلوها من الأخطاء وأن أي خطأ أو تقطع من هذا القبيل لا يعتبر أو يعامل بأي شكل من الأشكال على نحو يضع أي مسؤولية على شركة متلايف وأقر بأنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد شركة متلايف عن أي خطأ أو تقطع في الرسائل القصيرة أو لأي سبب يتعلق بتلقي أو عدم تلقي الرسائل القصيرة.

التصريحات الخاصة بمصلحة الضرائب الأمريكية *

دي تقديم طلب الحصول على التأمين المبين في هذا النموذج ، و عند التوقيع على هذا الطلب فإن مقدم الطلب يشهد بأن المؤمن عليه، طالب التأمين و المستفيدين:

☐ هم ☐ ليسوا من حاملي الجنسية الأمريكية و ذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية^(٢٠)

ويوافق طالب التأمين على إبلاغ الشركة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ معرفته بحصول أي تغيير في حال أصبح طالب التأمين و/أو أي من المستفيدين المعينين شخصاً أمريكياً خاضعاً لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية أو في حال تحويل طالب التأمين هذه الوثيقة لشخص أمريكي خاضع لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية.

تجدر الإشارة بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان كاذب لشخص أمريكي الجنسية حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي إلى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية.

• رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بطلب التأمين و المؤمن عليه

• رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بالمستفيدين

١. لإعتبارات خاصة بضريبة الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية، تلزم دائرة الضرائب الأمريكية الشركة بإبلاغها عن أي مدخول يتم دفعه إلى أشخاص خاضعين لضريبة الدخل الفيدرالية للولايات المتحدة الأمريكية. يرجى الملاحظة بأنه في حال كنت شخصاً أمريكياً، إعتبارات ضريبة الدخل المشار إليها أعلاه ولم تقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة، فإن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإحتساب و الاقتراع بضريبة دخل بمعدل قد يصل إلى ٢٠٪ من المبالغ المدفوعة لك.
٢. يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية أو صندوق إئتماني يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية.

اقرار قانون الامتثال الضريبي للحسابات الاجنبية FATCA

يوافق المؤمن عليه/مالك الوثيقة على قيام متلايف وموظفيها ووكلائها بالإفصاح عن أي معلومات سرية لـ:

١. أي عضو مجموعة وممثلي "متلايف" في أي إقليم أو دولة كانت (معا مع متلايف "الأطراف المسموح لهم");
٢. أي أشخاص حسب ما يكون مطلوب بموجب أي قانون (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية) أو جهة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر، وكالة خدمة العوائد الداخلية الأمريكية) لدى نطاق السلطة على أي من الأطراف المسموح لهم،
٣. المستشارين المهنيين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونوا تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،
٤. أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلايف بموجب هذه وثيقة (أو أي وكيل أو مستشار لأي من ما سبق)، و

المعلومات السرية: تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/مالك الوثيقة (سواء حدد على أنه "سري" أم لم يحدد) والتي تم الإفصاح عنها بواسطة أي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تخص العمل التجاري أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه/مالك الوثيقة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال، رقم الهوية الضريبية/رقم الضمان الاجتماعي، أرصدة الحسابات/الأنشطة أو أي معاملات جارية مع متلايف).

سوف تقوم متلايف باستقطاع أي ضريبة مفروضة بموجب قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق في إنهاء الوثيقة بإرادتها المنفردة اذا لم يقدم المؤمن عليه/مالك الوثيقة المستندات المثبتة لوضعه وما اذا كان خاضع للضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية (FATCA)، وذلك خلال المدة الممنوحة لذلك. وعلى وجه الخصوص، تحتفظ متلايف بالحق في فسخ الوثيقة اذا ما كانت القوانين أو اللوائح المحلية تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب الوثيقة أو تمنع الإفصاح عن معلومات تتعلق بالوثيقة، ولم يتم الحصول على الموافقات اللازمة للاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

إقرارات معيار الإبلاغ المشترك*

يرجى إكمال الجدول التالي الذي يشير إلى (١) الموطن الضريبي لصاحب الحساب و (٢) رقم التعريف الضريبي لصاحب الحساب لكل بلد / ولاية قضائية محددة.

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيماً لأغراض الضريبة في أكثر من ثلاث بلدان / ولايات قضائية، فيرجى استخدام ورقة منفصلة

إذا لم يتوفر رقم التعريف الضريبي، يرجى ذكر السبب المناسب "أ" أو "ب" أو "ج" على النحو الوارد أدناه:

السبب "أ"

البلد / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر رقم تعريف ضريبي للمقيمين بها

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المستفيد
غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

السبب "ب"

يتعذر على صاحب الحساب الحصول على رقم تعريف ضريبي أو رقم معادل. يرجى توضيح سبب عدم قدرتك على توفير المعلومات المطلوبة

السبب "ج"

رقم التعريف الضريبي غير مطلوب (ملاحظة: يرجى تحديد هذا السبب فقط إذا كان القانون المحلي للولاية القضائية ذات الصلة لا يتطلب الحصول على رقم التعريف الضريبي الصادر عن هذه الولاية القضائية).

البلد / الولاية القضائية للإقامة الضريبية	TIN رقم التعريف الضريبي	إذا لم يتوفر رقم العريف الضريبي، أدخل السبب "أ" أو "ب" أو "ج"	إذا تم اختيار السبب "ب"، فيرجى التوضيح
١٠			
٢٠			
٣٠			

يرجى إكمال الأربعة أسئلة أدناه إذا كنت مقيماً لأغراض الضريبة في أحد البلدان التالية

دولة/ولاية الإقامة الضريبية							
١- أنتيغوا وبربودا	٥- قبرص	٩- سانت كيتس ونيفيس	١٣- فانواتو	٢- جزر البهاما	٦- دومينيكا	١٠- سانت لوسيا	١٤- بنما
٣- البحرين	٧- غرينادا	١١- سيشيل	١٥- الإمارات العربية المتحدة	٤- باربادوس	٨- مالطا	١٢- جزر تركس وكايكوس	

الأسئلة: (يلزم الإجابة *)

١. هل حصلت على حقوق الإقامة بموجب برنامج الحصول على الجنسية عن طريق الاستثمار (CBI)/الإقامة عن طريق الاستثمار (RBI) ؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر نوع البرنامج أدناه.....

☐ الإقامة عن طريق الاستثمار (RBI) ☐ الحصول على الجنسية عن طريق الاستثمار (CBI)

٢. هل لديك حق الإقامة في أي دولة أخرى ؟ إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه..... ☐ نعم ☐ لا

٣. هل قضيت أكثر من ٩٠ يوماً في أي دولة (دول) أخرى خلال العام السابق ؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه.....

٤. في أي ولاية (ولايات) قضائية قدمت إقرارات ضريبة الدخل الشخصية خلال العام السابق ؟
رجاء إضافة اسم الدولة. إذا لم تكن قد قدمت إقرارات ضريبة الدخل في أي دولة، يرجى ذكر أن هذا البند لا ينطبق.

أدرك أن المعلومات التي قدمتها تخضع للأحكام الكاملة للبنود والشروط التي تحكم علاقة صاحب الحساب مع متلايف والتي تحدد كيفية قيام متلايف باستخدام ومشاركة المعلومات التي أقدمها.

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج والمعلومات المتعلقة بصاحب الحساب وأي حساب (حسابات) قد يتم الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد / الولاية القضائية التي يتم الاحتفاظ فيها بهذا الحساب (الحسابات) وتبادله مع السلطات الضريبية لبلد (بلدان) / ولاية (ولايات) قضائية أخرى يخضع فيها صاحب الحساب للضرائب بموجب اتفاقيات حكومية دولية لتبادل معلومات الحساب المالي.

أقر بأنني صاحب الحساب (أو مخول بالتوقيع بالنيابة عن صاحب الحساب) عن الحساب أو الحسابات المتعلقة بهذا النموذج

أقر بأن جميع البيانات الواردة في هذا الإقرار، على حد علمي واعتقادي، صحيحة وكاملة

أتعهد بإبلاغ متلايف بأي تغيير في الظروف من شأنه أن يؤثر على حالة الإقامة الضريبية للشخص المحدد في الطلب أو في هذا النموذج أو يجعل المعلومات الواردة في هذا النموذج غير صحيحة أو غير كاملة، كما أتعهد بتزويد متلايف بإقرار وتصديق ذاتي محدث حسب الأصول في غضون ٩٠ يوماً من هذا التغيير في الظروف.

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المستفيد
غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

