EmiratExpatSanté

Assurance Santé Mo | DUBAI INSURANCE | Caisse des Français de l'Étranger | MSH INTERNATIONAL | SIACI SAINT HONORE GROUP

Bulletin d'adhésion santé salarié

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou sous format dématérialisé à l'adresse e-mail : asm-contact@dubins.ae

Le produit **EmiratExpat Santé** s'adresse aux français et européens expatriés dans les Emirats Arabes Unis et couvre toutes les dépenses de santé dans le monde entier.

Ce produit global intègre l'assurance de base (CFE) couplée à l'assurance complémentaire (Dubaï Insurance Company/Assurance Santé Monde) et vous garantit une prise en charge jusqu'à 100% des Frais Réels à l'étranger et en France selon les garanties choisies.

L'adhésion à **EmiratExpat Santé** est en conformité avec la législation des Emirats Arabes Unis et intègre les cotisations obligatoires locales.

1 Identification

N° de Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Sexe : F ☐ M : ☐

Nom : ..... Prénoms : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Lieu : .....

Nationalité : ..... Profession : .....

Je suis : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ en concubinage (avec ou sans pacs).

2 Situation

Pays d'expatriation E.A.U : précisez l'Émirat ..... À compter du |_|_||_|_||_|_|_|_|

Jusqu'à cette date, vous résidiez : ☐ en France ☐ à l'étranger, pays .....

Date de fin de prise en charge par le précédent organisme de protection sociale |_|_||_|_||_|_|_|_|

Indiquez également le nom de l'organisme qui assurait votre protection sociale jusqu'à ce jour :

.....

3 Adresses

À l'étranger : .....
.....
Tél. .....

En France : .....
.....
Tél. .....

E-mail* ..... @ .....*Obligatoire

4 Personnes à couvrir (conjoint et/ou enfant jusqu'à 20 ans)

Le numéro de Sécurité sociale est à indiquer si vous le connaissez mais n'est pas bloquant

CONJOINT

N° de Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Sexe : F ☐ M : ☐

Nom : ..... Prénoms : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Lieu : .....

Nationalité : ..... Professions : .....

Je suis : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ en concubinage (avec ou sans pacs).

ENFANT 1

N° de Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Sexe : F ☐ M : ☐

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Ville de naissance : .....

Pays de naissance : .....

ENFANT 2

N° de Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Sexe : F ☐ M : ☐

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Ville de naissance : .....

Pays de naissance : .....

ENFANT 3

N° de Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Sexe : F ☐ M : ☐

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Ville de naissance : .....

Pays de naissance : .....

ENFANT 4

N° de Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Sexe : F ☐ M : ☐

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Ville de naissance : .....

Pays de naissance : .....

5 Garanties souscrites

☐ Je choisis de souscrire à l'assurance **EmiratExpat Santé** à compter du |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

De préférence le 1er ou 15 du mois (si autre date souhaitée, précisez le motif comme renouvellement urgent du visa)

L'adhésion au contrat sera effective sous réserve de l'avis du médecin conseil de l'assureur ou de son délégataire au vu du questionnaire médical dûment rempli pour chaque bénéficiaire.

Je suis déjà adhérent à la CFE ☐ **OUI depuis le ……** ☐ **NON**

a) Je sélectionne les garanties santé suivantes :

CFE+ ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ASM			
✓ CFE Maladie – Maternité	✓ ASM Hospitalisation- Frais Médicaux – Assistance		
	☐ Essentiel	☐ Medium	☐ Optimum
Coût trimestriel CFE + ASM : AED…….			

b) En option, je choisis :

☐ La garantie complémentaire Optique/Dentaire ASM		
☐ Essentiel	☐ Medium	☐ Optimum
Coût trimestriel : AED…….		

c) Je complète ma protection sociale avec la prévoyance :

rémunération annuelle brute AED……..

Garantie facultative CFE	Garanties facultatives ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ASM	
☐ Pack 3 en 1 : « indemnités journalières - invalidité - capital décès », en cas d'arrêt de travail, d'incapacité ou de décès	☐ **Indemnités Journalières / Rente d'invalidité** (en complément de la CFE uniquement) **Carence :** ☐ 30j ☐ 60j ☐ 90j Montant choisi : **AED……** *Montant entre AED **81,60** et AED **979,20** par tranche de AED **81,60***	☐ **Capital décès toutes causes /PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)** **Doublement en cas d'accident** Montant choisi : **AED……** *Montant entre **AED 81.600** et **AED 1.224.000** par tranche de AED **81.600***
Coût trimestriel : AED…..	Coût trimestriel : AED……	Coût trimestriel : AED……

TOTAL trimestriel COTISATIONS CFE + ASM *hors BASMAH et VAT* : AED …….

La VAT de 5% sur le montant des cotisations annuelles doit être réglée annuellement par avance ainsi que la BASMAH de 37AED/personne pour Dubaï exclusivement

Mon conjoint est salarié et cotiser à l'option Invalidité/Indemnités Journalières/Capital Décès ☐ OUI ☐ NON

Si oui, employeur à l'étranger (nom et adresse à préciser) .....

.....

.....

Depuis le| ı || ı || ı ı ı |Profession.....
— — — — — — — —

Clause de désignation de bénéficiaires(s)

Complétez cette partie seulement si vous avez choisi la garantie Prévoyance « Capital Décès / PTIA ».

> À défaut de désignation d'un bénéficiaire ou si cette désignation résulte être caduque, le bénéficie du captial en cas de décès est attribué par ordre de préférence :

- au conjoint de l'adhérent non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou au concubin notoire de l'adhérent ;
- à défaut, aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'adhérent.

> je choisis de déroger à la clause contractuelle ci-dessus et désigne comme bénéficiaires(s) du capital :

.....

.....

.....

.....

Indiquer : nom, nom de naissance, prénom(s), date et lieu de naissance, adresse du domicile principal et pourcentage de répartition du capital en cas de pluralité de bénéficiaires. **Avertissement :** l'acceptation du bénéfice du capital doit être faite selon l'un des modalités suivantes : soit par un avenant signé par l'assureur, l'adhérent et le bénéficiaire ; soit par un acte authentique ou un acte sous-seing privé signé par l'adhérent et le bénéficiaire, mais cette seconde modalité n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée.

6 Paiement des cotisations et remboursement des frais de santé

- Je choisis de payer le montant des cotisations CFE et ASM comme suit :

  - ☐ trimestriellement par virement bancaire
  - ☐ semestriellement par virement bancaire
  - ☐ annuellement par virement bancaire

La cotisation doit être versée par avance en AED sur le compte de l'assureur D.I.C. (Dubai Insurance Company) accompagnée de la VAT de 5% qui est dans tous les cas annuelle et payable d'avance.

➔ **Pour les demandes de remboursement, j'ai bien noté que :**

- Pour les soins réalisés en France et à l'étranger, j'envoie les feuilles de soins et factures acquittées à MSH International Dubai à partir de mon espace personnel.

Je recevrai un remboursement global de la part de MSH International Dubai

7 Partie réservée à Dubaï Insurance Company – SLPS

DÉCLARATIONS

- Je demande et déclare adhérer à EmiratExpatSanté CFE ASM ,
- Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce dossier de souscription et savoir que **toute omission ou déclaration inexacte, ainsi que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part pourront faire l'objet respectivement d'une proposition d'ajustement tarifaire ou d'une nullité de l'adhésion conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances,**
- Je m'engage à informer la C.F.E. et l'Assurance Santé Monde de tout changement de ma situation et/ou celle de mes ayants droit inscrits,
- J'autorise la diffusion des informations administratives et médicales entre la C.F.E. et l'Assurance santé Monde,
- Je confirme avoir pris connaissance que :
  - Les garanties Santé, Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie, Décès Accidentel, Perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident sont souscrites après de **D.I.C.** (Dubai Insurance Company)
  - la garantie Assistance est souscrite auprès de **VYV ASSISTANCE** ,
- Je reconnais avoir pris connaissance et accepté les dispositions des notices d'information du contrat EmiratExpat Santé téléchargeables sur le site Internet http://www.assurancesantemonde.com/
- Je déclare avoir complété et signé le questionnaire médical joint à la demande d'adhésion pour l'ensemble des bénéficiaires,
- J'autorise MSH INTERNATIONAL à recevoir pour mon compte les remboursements des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers-payant.

Renonciation à l'adhésion : au titre des articles L. 112-9 du Code des assurances et L. 121-20-12 du Code de la consommation, je reconnais avoir été informé et savoir que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter de la date de conclusion de mon adhésion (indiquée sur le certificat d'adhésion), pour renoncer à mon adhésion au contrat.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la loi informatique et libertés du 6.1.78 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe SwissLife mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du Groupe SwissLife, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser par écrit vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin Conseil de MSH INTERNATIONAL.

❍ J'accepte également de recevoir les informations commerciales de la CFE.

❍ En cochant cette case, vous consentez pour vous-même et pour les personnes ci-dessus désignées au traitement de vos données personnelles, conformément à notre politique des données, consultable sur notre site : https://www.cfe.fr/fr/mentions-legales.

Fait à : .....

Le : |_ı_| |_ı_| |_ı_ı_ı_ı_|

Signature

8 Assurance Santé Monde - Questionnaire de santé

Afin de conserver un caractère confidentiel à vos réponses, **vous pouvez transmettre votre dossier administratif et votre questionnaire médical sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à l'attention du Médecin Conseil de VYV INTERNATIONAL à medical@vyv-ia.com .** En cas de réponse affirmative à une ou plusieurs question(s), veuillez apporter tous les éléments médicaux nécessaires afin que notre Médecin Conseil puisse évaluer au mieux votre dossier (ex : **comptes rendus médicaux, précisez les traitements éventuels en cours ou indiquer « sans suites et séquelles »**)

	Adhérent	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Nom Prénom : **Date de naissance :**						
Sexe **Taille/Poids**						
1/ Au cours des 5 dernières années avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une ou plusieurs affections suivantes : Affection respiratoire, affection du cœur ou des vaisseaux, affection des os, des articulations et/ou des muscles ?	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐
2/ Au cours des 5 dernières années avez-vous subi ou devez-vous subir prochainement une intervention chirurgicale (à l'exclusion de l'ablation de l'appendicite, de varices, des amygdales et/ou des végétations, de la vésicule biliaire) ?	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐
3/ Devez-vous dans les 12 mois à venir séjourner dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé, établissement thermal ou service psychiatrique) ou effectuer des soins dentaires, pose de prothèses et/ou implants ?	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐
4/ Au cours des 6 derniers mois, avez-vous subi des examens de laboratoire ou médicaux (électrocardiogramme, scanner, IRM…) qui se soient révélés anormaux ?	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐
5/ Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité, d'une maladie chronique ou congénitale ?	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐
6/ Etes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux, suivi médical régulier..) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autres que contraceptifs) ?	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐
7/ Dans les 9 mois à venir, avez-vous prévu des soins liés à une maternité ? Si une maternité est en cours, merci de nous indiquer la date estimée du terme.	Non ☐ Oui ☐	Non ☐ Oui ☐				

8 Assurance Santé Monde - Questionnaire de santé

En plus des éléments médicaux fournis à l'attention du Médecin Conseil de VYV INTERNATIONAL, j'autorise le Médecin Conseil, pour toute demande de pièces ou précisions complémentaires, à communiquer avec moi **directement par mail** à l'adresse suivante : ……**@**……

CONSEIL : Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs questions ci-dessus, veillez à accompagner votre questionnaire de tous les éléments nécessaires à l'évaluation de votre dossier tels que le compte-rendu opératoire, la posologie du ou des traitement(s) en cours. Pour toute intervention chirurgicale survenue dans les 10 dernières années, veillez à bien indiquer s'il y a ou non des suites et séquelles.
Ex : « opération de la myopie en date du XX/XX/XXXX sans suites et séquelles ».

IMPORTANT : Pour éviter tout retour, il faut indiquer les suites et séquelles éventuelles. Sinon, indiquer sans suites et séquelles.

Je déclare sur l'honneur avoir mentionné dans le cadre de chaque question tous les faits et circonstances actuels et passés concernant ma santé sans juger de leur gravité car seul l'assureur est en droit d'apprécier le risque.
Je déclare avoir été informé(e) et avoir accepté la communication des renseignements relatifs à ma santé ci-dessus, au Médecin Conseil du service médical de VYV INTERNATIONAL.
Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce dossier de souscription et savoir que **toute omission ou déclaration inexacte, ainsi que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part pourront faire l'objet respectivement d'une proposition d'ajustement tarifaire ou d'une nullité de l'adhésion conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances**.
J'ai pris connaissance qu'après examen du questionnaire, l'assureur se réserve le droit de me demander éventuellement toutes justifications, visites ou examens complémentaires. Je sais que ces informations sont nécessaires à l'appréciation du risque par l'Assureur et m'engage à faire le maximum pour les lui transmettre.

Fait à ……

Le |_ I_| |_ I_| |_ I_ I_ I_ I_|

Signature de l'adhérent

9 Pièces à joindre à votre dossier

ATTENTION, les dossiers incomplets ne pourront pas être traités.
Merci de cocher et de joindre les pièces justificatives suivantes :

❍ copie du passeport de l'adhérent et de tous les bénéficiaires du contrat

❍ extrait d'acte de naissance si vous n'avez pas de numéro de Sécurité sociale

❍ Le questionnaire médical complété et signé

❍ Permis de travail/ou de résidence de tous les bénéficiaires du contrat

❍ Emirates ID de tous les bénéficiaires du contrat

❍ Photo d'identité sous format jpeg de tous les bénéficiaires du contrat

❍ KYC formulaire rempli (document joint à ce bulletin d'adhésion)

❍ Si résident à Abu Dhabi en renouvellement, merci de joindre le Certificate of Continuity (COC)

❍ copie du livret de famille ou extrait d'acte de mariage, ou extrait de naissance ou à défaut attestation de PACS pour vos ayants droit (si la pièce d'identité n'indique pas le lien de parenté)

❍ un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal

❍ si vous ou l'un de vos ayants droit bénéficiez d'une prise en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée) : copie de la notification de prise en charge et l'autorisation de transfert du dossier médical (le formulaire est à télécharger sur notre site www.cfe.fr, rubrique Mon compte CFE)

Pour une adhésion à l'option Invalidité/Indemnités Journalières/Capital Décès pour vous et/ou votre conjoint (pièces à joindre impérativement pour chaque personne adhérente à l'option)
❍ votre conjoint (pièces à joindre impérativement pour chaque personne adhérente à l'option) :
❍ copie de la carte nationale d'identité ou du passeport du conjoint ou copie (certifiée conforme) de votre contrat de travail précisant votre salaire mensuel brut moyen avant toutes déductions sociales et fiscales (primes et indemnités comprises) et votre date d'embauche.
❍ si vous exercez votre activité à l'étranger depuis moins de trois mois : l'attestation de votre employeur ou copie (certifiée conforme) de votre contrat de travail précisant votre salaire mensuel brut moyen avant toutes déductions sociales et fiscales (primes et indemnités comprises) et votre date d'embauche.
Pour mettre en place une domiciliation bancaire à l'étranger, joindre obligatoirement un document officiel de votre établissement bancaire indiquant votre nom et vos coordonnées bancaires. Pour les États-Unis et le Canada, merci de joindre un chèque annulé au nom de l'adhérent principal.

Les informations collectées sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement. Ces données sont obligatoires pour le traitement de vos données. Elles seront utilisées pour vous recontacter, vous fournir les informations demandées et seront conservées pendant une durée conforme à la réglementation en vigueur. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Ces droits peuvent être exercés en vous adressant à : contactdpo@cfe.fr.

La CFE s'engage à ne pas céder ces informations à des tiers à des fins commerciale
❍ En cochant cette case, vous consentez pour vous-même et pour les personnes ci-dessus désignées au traitement de vos données personnelles, conformément à notre politique des données, consultable sur notre site : https://www.cfe.fr/fr/mentions-legales.
❍ J'accepte également de recevoir les informations commerciales de la CFE.
❍ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment de tout changement de pays. De même, j'atteste avoir pris connaissance des conditions d'adhésion et déclare les accepter (les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à la peine d'amende et/ou 5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Fait à ..... Le .....
Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives

KNOW YOUR CUSTOMER FORM (KYC) – INDIVIDUAL

دبـــــي للتـــــأمـــين
DUBAI INSURANCE
CARE & COMMITMENT SINCE 1970

Important Instructions: Fill the form completely & mark NA where Not Applicable

INSURANCE DETAILS	
Application Type	☐ New ☐ Renewal
Class of Insurance required	

APPLICANT DETAILS			
Full Name as per ID	Click or tap here to enter text.		
Date of Birth	Click or tap to enter a date.	**Place of Birth**	Click or tap here to enter text.
Gender	☐ Male ☐ Female		
Nationality	Click or tap here to enter text.		
Mobile no	Click or tap here to enter text.		
Email Address	Click or tap here to enter text.		
Residential Status	☐ UAE Citizen ☐ Resident ☐ Non-resident		
Address in UAE	Click or tap here to enter text.		
Occupation Type	☐ Salaried (Private Sector) ☐ Salaried (Public Sector) ☐ Business Partner/Owner ☐ Freelancer ☐ Unemployed		
Employer Name & Address	Click or tap here to enter text.		
Job Title	Click or tap here to enter text.		
Monthly Income	☐ Below AED 15,000 ☐ Above AED 15,000		
In the last 6 months, have you submitted any KYC documents to DIN	☐ Yes ☐ No		
If yes, For which class of Insurance	Click or tap here to enter text.		

IDENTIFICATION DETAILS	
ID Type	☐ Emirates ID ☐ Passport ☐ GCC ID
ID Number	Click or tap here to enter text.
ID Expiry Date	Click or tap to enter a date.

KNOW YOUR CUSTOMER FORM (KYC) – INDIVIDUAL

دبـــــي للتـــــأمـــين
DUBAI INSURANCE
CARE & COMMITMENT SINCE 1970

POLITICAL EXPOSED PERSON (PEP) DECLARATION: Natural persons who are or have been entrusted with prominent public functions in the State or any other foreign country such as Heads of States or Governments, senior politicians, senior government officials, judicial or military officials, senior executive managers of state-owned corporations, and senior officials of political parties and persons who are, or have previously been, entrusted with the management of an international organization or any prominent function within such an organization.

Do you classify yourself as a PEP or are you a direct relative or known associate of a PEP

If Yes, please specify details of PEP

Name	Click or tap here to enter text.
Title/Designation	Click or tap here to enter text.
PEP Type	☐ Domestic PEP ☐ Foreign PEP ☐ Head of International Organizations (HIO)

PAYER DETAILS (IF PAYMENT IS MADE BY A THIRD PARTY)	
Name	Click or tap here to enter text.
Nationality	Click or tap here to enter text.
Relationship	Click or tap here to enter text.
ID Number	Click or tap here to enter text.
ID Expiry Date	Click or tap to enter a date.
Monthly Income	☐ Below AED 15,000 ☐ Above AED 15,000

CUSTOMER DECLARATION

☐ I declare that the above details are true and correct to the best of my knowledge and belief. I undertake to inform you of any changes in the above information. In case any of the above information is found to be false or misrepresented, I am aware that I will be held accountable and liable for legal action.

☐ I hereby also confirm that I am **NOT a** resident for Tax purpose in any country other than UAE, though one or more parameters may suggest my relationship with the country outside UAE. Therefore, I am providing my Emirates ID document as proof of my citizenship or residency in the UAE region.

☐ I hereby confirm that I am **NOT a US person** as defined in the FATCA regulations.

Signature of the Customer **Date:**

Note: The KYC Documents, information, and PEP Declaration should be collected in accordance with the Central Bank Directive and Cabinet Decision No. (10) Of 2019. Any information shared with DIN will be treated with utmost confidentiality and will be utilized strictly by the AML Compliance team of DIN and there are no cross border transfer of any data carried out by the staff of DIN, except at an event of an adverse situation where DIN would be obliged to provide the information requested by the Law enforcement authorities and or Supervisory Authorities (CBUAE, Financial Intelligence Unit or the Executive Office, etc.) of UAE.