



شهادة اقرار ذاتي للمقيمين الخاضعين للضرائب Individual Tax Residency Self-Certification



Section A: (Mandatory)		فقرة أ: (إلزامي)												
1. Are you a Tax Resident of any country or countries for tax purpose outside of Saudi Arabia?	<input type="checkbox"/> I refuse to disclose <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1. هل أنت مقيم يتوجب عليه دفع ضرائب في أي دولة أو دول خارج المملكة العربية السعودية؟												
2. If "Yes", please specify which country or countries:	Country 3: <input type="text"/> دولة 3 Country 2: <input type="text"/> دولة 2 Country 1: <input type="text"/> دولة 1	2. إذا أجبت بـ "نعم"، يرجى تحديد الدولة أو الدول.												
3. Please state your country of birth	<input type="text"/>	3. يرجى تحديد بلد الميلاد												
Additional information for tax residents outside Saudi Arabia														
If you are a tax resident outside Saudi Arabia, please provide your Tax Identification Number in the table below: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tax Identification Number/ Social Security Number in country 1</th> <th>رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي في الدولة 1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <th>Tax Identification Number/ Social Security Number in country 2</th> <th>رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي في الدولة 2</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <th>Tax Identification Number/ Social Security Number in country 3</th> <th>رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي في الدولة 3</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>			Tax Identification Number/ Social Security Number in country 1	رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي في الدولة 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tax Identification Number/ Social Security Number in country 2	رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي في الدولة 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tax Identification Number/ Social Security Number in country 3	رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي في الدولة 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tax Identification Number/ Social Security Number in country 1	رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي في الدولة 1													
<input type="text"/>	<input type="text"/>													
Tax Identification Number/ Social Security Number in country 2	رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي في الدولة 2													
<input type="text"/>	<input type="text"/>													
Tax Identification Number/ Social Security Number in country 3	رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي في الدولة 3													
<input type="text"/>	<input type="text"/>													
Additional information for who has denounced USA nationality														
The date of renouncing USA nationality	/ /	تاريخ التنازل عن الجنسية الأمريكية												
The date of providing USA Certification of Loss of Nationality to NCB	/ /	تاريخ تزويد البنك بشهادة التنازل عن الجنسية الأمريكية												
Section B: (Mandatory)														
I hereby certify that the information I have provided in this form (in my personal capacity and as an attorney-in-fact [whenever applicable]) is true, correct and complete and I, furthermore, in my personal capacity and as an attorney-in-fact [whenever applicable] also approve the sharing and usage of this Certification including the details and information therein by NCB Capital Company and all other subsidiaries and affiliate companies within the Group of The National Commercial Bank. بهذا أؤكد أن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج (بصفتي الشخصية، وبصفتي وكيل [حيثما يقتضي الحال])، هي معلومات صحيحة وسليمة وكاملة. وقد وافقت أيضاً (بصفتي الشخصية، وبصفتي وكيل [حيثما يقتضي الحال]) على مشاركة هذه الشهادة واستخدامها من قبل شركة الأهلي المالية وجميع الشركات التابعة والمزودة الأخرى ضمن مجموعة البنك الأهلي التجاري.														
Customer Name	<input type="text"/>													
Capacity of Signature (Please tick 1 box only)	صفة الموقع (الرجاء وضع إشارة في مربع واحد فقط) <input type="checkbox"/> Owner or Guardian <input type="checkbox"/> Power of Attorney <input type="checkbox"/> Account Holder <input type="checkbox"/> Other (Please specify)													
<input type="text"/>	التوقيع Signature	التاريخ Date												
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													
For Internal Use only														
Account Holder's First Name	<input type="text"/>													
Account Holder's Father's Name	<input type="text"/>													
Account Holder's Surname	<input type="text"/>													
Signature of RM or CSR or Sales Manager	<input type="text"/>													
Customer CIF Number	<input type="text"/>													
Note By the Bank RM or CSR or Sales Manager	ملاحظة مدير العلاقات أو ممثل خدمة العملاء أو مدير المبيعات													