

برنامج الإيدار المنتظم Regular Saving Plan



IFA Application Form IFA نموذج طلب

Bahrain

البحرين

رقم الوثيقة
Policy No.

رمز العميل
Agent Code

اسم IFA
IFA Name

اسم المستشار المالي
Financial Advisor Name

▶ All sections in the form are required to be completed

▶ Please use block capital letters to fill in the form

◀ يجب ملء جميع الأقسام في النموذج

◀ الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح

1. Proposed Insured details (as shown in the identification document)

1. التفاصيل عن الشخص المطلوب التأمين عليه (كما موضح في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول
First Name

إسم الوالد
Middle Name

الشهرة
Last Name

الجنس
Gender ذكر
Male أنثى
Female

الحالة الإجتماعية
Marital Status أعزب
Single متزوج
Married

تاريخ الميلاد
Date of Birth

مدينة الولادة
City of Birth

بلد الولادة
Country of Birth

يرجى ذكر جميع الجنسيات
Please list all Nationalities 1) 2) 3)

Residency* الإقامة*

1) 2) 3)

*"الإقامة" هي المكان الذي يلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كقيم في تلك المنطقة.

*"Residency" is any place where you may be obliged to file income tax returns as a resident of that jurisdiction.

Occupation المهنة

المسمى الوظيفي
Employment Status موظف
Employee صاحب العمل
Self-employed

الموقع الوظيفي
Position / Title

طبيعة المهام اليومية
Exact Daily Duties

Income الدخل

Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD معدل الدخل السنوي المكتسب خلال 3 سنوات بالدولار الأمريكي

السنة الحالية
Current Year

السنة الماضية
Last Year

السنة ما قبلها
The Year Before

مصادر الدخل الأخرى
Other sources of Income (if any)

مصدر الدخل
Source

الدخل السنوي
Annual Income

Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة
Country

المدينة/الامارة
City / Town

ص.ب.
P.O. Box

المنطقة/الشارع
Area / Street

المبنى
Building

شقة/فيلا رقم
Flat / Villa No.

الهاتف
Telephone

رمز البلد
Country Code

رمز المنطقة
Area Code

البريد الإلكتروني
E-mail

Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي

الدولة
Country

المدينة/الامارة
City / Town

ص.ب.
P.O. Box

المنطقة/الشارع
Area / Street

المبنى
Building

شقة/فيلا رقم
Flat / Villa No.

الهاتف
Telephone

رمز البلد
Country Code

رمز المنطقة
Area Code

الهاتف المتحرك
Mobile

2. Applicant / Policy Owner details

(If other than Proposed Insured - as shown in the identification document)

٣. تفاصيل مقدم الطلب / مالك الوثيقة (إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه - كما موضح في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name إسم الوالد Middle Name الشهرة Last Name

الجنس Gender ذكر Male أنثى Female الحالة الإجتماعية Marital Status أعزب Single متزوج Married تاريخ الميلاد Date of Birth

مدينة الولادة City of Birth بلد الولادة Country of Birth

يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities 1) 2) 3)

صلة القربى بالشخص المطلوب التأمين عليه Relationship to Proposed Insured

Residency* الإقامة*

1) 2) 3)

*«الإقامة» هي المكان الذي يلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك المنطقة.

*«Residency» is any place where you may be obliged to file income tax returns as a resident of that jurisdiction.

Occupation المهنة

المسمى الوظيفي Employment Status موظف Employee صاحب العمل Self-employed

الموقع الوظيفي Position / Title طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties

Income الدخل

Average **Earned Annual Income** in the past 3 years in USD معدل الدخل السنوي المكتسب خلال ٣ سنوات بالدولار الأمريكي

السنة الحالية Current Year السنة الماضية Last Year السنة ما قبلها The Year Before

مصادر الدخل الأخرى Other sources of Income (if any) مصدر الدخل Source الدخل السنوي Annual Income

Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة Country المدينة/الامارة City / Town ص.ب. P.O. Box

المنطقة/الشارع Area / Street المبنى Building شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.

الهاتف Telephone رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code - البريد الإلكتروني E-mail

Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي

الدولة Country المدينة/الامارة City / Town ص.ب. P.O. Box

المنطقة/الشارع Area / Street المبنى Building شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.

الهاتف Telephone رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code - الهاتف المتحرك Mobile

3. Send correspondence to

٣. إرسال المراسلات إلى

مكان الإقامة Residence مكان العمل Work آخر Other يرجى الشرح إذا اخترت آخر If Other, please provide

4. Assets & Liabilities (Note: Please complete sections 4 to 6 if the annual premium on this application and your existing policies if any, amount to \$10,000 and above or if the total death benefit is \$1 Million and above.)

٤. الأصول و الديون (ملاحظة: يرجى إكمال الأقسام من ٥ إلى ٧ إذا كان القسط السنوي على هذا التطبيق والسياسات الحالية الخاصة بك، (إن وُجد)، تصل إلى ١٠,٠٠٠ دولار وما فوق أو إذا كانت الفائدة الإجمالية للوفاة هي مليون دولار وما فوق).

Assets (at market value) (بالقيمة السوقية)

النقدية بالمصارف Cash in Bank(s)	\$
الأسهم والسندات Shares & Bonds	\$
ممتلكات شخصية (سيارات، أثاث، مجوهرات و غيرها) Personal Property (auto, furniture, jewelry, etc..)	\$
أصول أخرى (يرجى ذكرها) Other Assets (Please define)	\$
الإجمالي Total	\$

Liabilities الديون

أوراق دفع / قروض مستحقة للبنوك Notes / Loans Payable to Banks	\$
أوراق دفع / قروض مستحقة للغير Notes / Loans Payable to Others	\$
رهون أو حجوزات على العقارات Mortgages or Liens on Real Estate	\$
ضرائب و فوائد مستحقة Taxes and Interest Due	\$
قروض للتأمين على الحياة Loans of Life Insurance	\$
ديون أخرى (يرجى ذكرها) Other Liabilities (please define)	\$
الإجمالي Total	\$

5. Personal / Business Banking References

٥. المراجع المصرفية الشخصية / التجارية

البنك Bank		العنوان Address	
البنك Bank		العنوان Address	
Do you agree referring to them, if necessary, for the purpose of assessing your Application?	نعم YES	لا NO	هل توافق بالرجوع إلى تلك البنوك إذا لزم الأمر، بغرض تقييم طلبكم؟
If 'no', please explain			إذا كانت الإجابة 'لا'، يرجى التوضيح

6. Are there any suits pending or judgements against you at this time?

٦. هل توجد دعاوى قضائية أو أحكام معلقة ضدك في هذا الوقت؟

If 'yes', please provide complete details		إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح
---	--	------------------------------------

7. Payment and plan Information

٧. طرق الدفع وخطة المعلومات الأخرى المتعلقة بالبرنامج

Contribution Plan		خطة المساهمة
1. Premium Payment Term		١. فترة سداد الأقساط
2. Premium to be paid	العملة Currency	٢. القسط الموجب دفعه
3. Mode of Payment	<input type="checkbox"/> شهري Monthly <input type="checkbox"/> ربع سنوي Quarterly <input type="checkbox"/> نصف سنوي Semi - annual <input type="checkbox"/> سنوي Annual	٣. طريقة الدفع

8. Contribution Allocation

٨. تخصيص المساهمة

ملاحظة: يجب أن تكون نسب التوزيع في أي من حسابات الإستثمار الفرعية إما مساوية لصفر أو من مضاعفات النسبة ١٠٪. وستعتبر المربعات الفارغة فير المعبأة بمثابة الصفر.
Allocation percentage to any one investment subaccount must be either 0% or multiples of 10%

SI No. رقم	Fund Name	الاسهم الاستثمارية	Fund Code	رمز السهم	Allocation	التوزيع
1						

2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
Please ensure that the total allocation is equal to 100%			يرجى التأكد من أن إجمالي المخصصات تساوي 100%	TOTAL 100%	الإجمالي 100%

9. Does the Proposed Insured and / or Policy Owner have any existing insurance?

نعم
YES

لا
NO

9. هل يوجد لدى الشخص المطلوب التأمين عليه و / أو مالك الوثيقة أية وثائق تأمين أخرى؟

If 'YES', please provide full details on the table below:

إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل كاملة في الجدول أدناه:

رقم الوثيقة Policy No.	الإسم Name	الشركة Company	تاريخ النفاذ Effective Date	مبلغ التغطية Coverage Amount	القسط السنوي Annual Premium

10. Beneficiaries for Proposed Insured

10. المستفيدين للشخص المطلوب التأمين عليه

a) Beneficiary Allocation

أ) تخصيص المستفيد

الإسم الكامل للمستفيد Full Name of Beneficiary	صلة القربى Relationship	الجنسية Nationality	بلد الإقامة Country of Residence	تاريخ الميلاد Date of Birth								النسبة Percentage
				D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	

b) Beneficiary Personal Details

ب) التفاصيل الشخصية للمستفيد

الإسم الكامل للمستفيد Beneficiary Name	*الشخص الذي يمكن الإتصال به في حال كان المستفيد المعين مذكوراً وفقاً للملاحظات أدناه *Contact Person name in case the appointed beneficiary is as per below notes	*عنوان البريد الإلكتروني *Email Address	*تفاصيل الإتصال *Contact Details

- * Please refer to special conditions for beneficiary designation in the last page before customer signature.
- * **Notes** :if Minors are nominated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the Legal Guardian (other than the Policy Owner and or Insured)
- * If Legal Heirs, Sharia Law or Estate are stated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the person in charge to be contacted.

- * يرجى الرجوع إلى الشروط الخاصة لتعيين المستفيدين في الصفحة الأخيرة قبل توقيع العميل.
- * **للملاحظات**: إذا تم تعيين القاصرين كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للوصي القانوني (غير مالك الوثيقة والمؤمن عليه)
- * في حالة ذكر الورثة الشرعيين أو قانون الشريعة أو التركة كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للشخص المسؤول عن الاتصال به.

11. تفاصيل التأمين على الحياة والعقود الإضافية الاختيارية المقدم عليها

11. Optional Insurance Benefits Applied For

<input type="checkbox"/> ADB	منفعة الوفاة نتيجة حادث Accidental Death Benefit	مبلغ التغطية Coverage Amount		
<input type="checkbox"/> WP	العجز <input type="checkbox"/> Disability الوفاة (مطبقة فقط في حال كان مالك الوثيقة غير الشخص المطلوب التأمين عليه) <input type="checkbox"/> Death (Applicable only if the Owner is other than the Proposed Insured)	سنوات Years	لمدة for	
<input type="checkbox"/> CI	الأمراض المستعصية (ملحق منفرد) Critical Illness (Stand alone)	مبلغ التغطية Coverage Amount		
<input type="checkbox"/> PTD	العجز الكلي و الدائم (تمنح فقط مع منفعة الأمراض المستعصية) Permanent Total Disability (available only with Critical Illness)	مبلغ التغطية Coverage Amount		

12. General Questions

12. التصريحات العامة

(Apply to Proposed Insured and/or Policy Owner in this application)

(تنطبق على الشخص المطلوب التأمين عليه/أو مالك الوثيقة في هذا الطلب).

1. Has any application for insurance or reinstatement ever been declined, postponed, rated or in any way modified?

نعم
YES

لا
NO

1. هل رفض لك طلب تأمين أو رفض طلب إعادة سريان وثيقة أو هل أن مثل ذلك الطلب قد ارجئ البت فيه أو صنف بتعرفة أعلى من القسط العادي أو عدل بأي طريقة أو الغي؟

إذا كانت الاجابة نعم الرجاء اعطاء التفاصيل.

If 'yes', give details below.

الإسم Name	التفاصيل Details

2. Do you now or intend to undertake or participate in any kind of racing, scuba or sky diving, hang gliding or any other hazardous sport or activity, or do you fly or intend to fly other than as a fare-paying passenger on regularly scheduled airlines?

نعم
YES

لا
NO

2. هل أنت الآن أو تنوي القيام أو المشاركة في أي نوع من السباق أو الغطس أو القفز بالمظلات أو الطيران الشراعي أو أي رياضة أو نشاط آخر خطير، أو هل تطير أو تنوي أن تطير كمسافر مدفوع الأجر على الخطوط الجوية المجدولة بانتظام؟

إذا كانت الاجابة نعم الرجاء تعبئة الإستبيان المناسب.

If 'yes', give details below.

الإسم Name	التفاصيل Details

3. Travel plans outside your current country of residence within the next 12 months?

نعم
YES

لا
NO

3. خطط السفر خارج بلد إقامتك الحالي خلال الاثني عشر شهراً القادمة؟

إذا كانت الاجابة نعم الرجاء تحديد الدولة، سبب الزيارة، المدة وتفاصيل كل رحلة في الجدول المبين ادناه.

If 'yes', give country(ies), purpose and duration of trip details in space provided below.

الإسم Name	الغرض Purpose	الدولة Country	المدينة City	مجموع عدد الأيام Total no of days

13. Health Details (Questions pertain to the Proposed Insured and/or Policy Owner in this application.) Please provide complete and correct answers irrespective of how important they might appear. If a question is answered "yes", please provide complete details below.*

١٣. التصريحات الطبية (تشمل التصريحات كافة الأشخاص المطلوب التأمين عليهم المذكورين في هذا الطلب، الرجاء إعطاء إجابات كاملة و دقيقة بغض النظر عن أهمية السؤال) إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه*

(a) Do you have any personal or family doctor?

State "Not Applicable" if none. If "Yes", please provide details on the table below:

نعم
YES
لا
NO

(i) هل لديك طبيب شخصي أو طبيب العائلة؟ أذكر "غير قابل للتطبيق" إذا كان لا يوجد. إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل كاملة في الجدول أدناه:

سبب الإستشارة Reason / Symptoms	تاريخ آخر استشارة Date Last seen	العنوان / الهاتف Address / Phone No.	إسم الطبيب Doctor's Name
الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured			
المالك الوثيقة Policy Owner			

(b)

الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	الطول(سم) Height(cm)	الوزن(كغ) Weight(kg)	المالك الوثيقة Policy Owner	الطول(سم) Height(cm)	الوزن(كغ) Weight(kg)

(c) Smoker's details

(ج) تفاصيل عن الشخص المدخن

الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	المالك Owner	النوع Type	الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	المالك Owner
هل دخنت أي نوع من أنواع التبغ، السجائر، الأنابيب، الشيشة، السجائر الإلكترونية، أو مضغ التبغ في الاثني عشر شهرا الماضية؟ Have you smoked any type of tobacco, cigarettes, pipe, shisha, e-cigarette, vape, or chew tobacco in the last 12 months?	نعم Yes	إذا نعم If Yes	النوع Type	
	لا No		الكمية في اليوم الواحد Quantity per day	

نعم
YES
لا
NO

هل حصلت على أي علاج طبي أو جراحي أو أجريت أي فحوص طبية أو أدخلت إلى المستشفى أو أشير عليك بإجراء أية فحوص تشخيصية أو إجراء جراحة ولم يتم ذلك؟

(d) Have you had any medical or surgical treatment, or investigative medical tests or hospitalizations or have you been advised to undergo any diagnostic tests, hospitalization or surgery which was not done?

هل سبق أن طلبت إستشارة طبية أو تم تشخيصك أو تعالجت لأي من الأمراض التالية

(e) Have you ever had indication of, diagnosis of, treatment or surgery for:

- حمى الروماتيزم، ضغط الدم، لغط، جلطة دماغية، ألم في الصدر، أمراض القلب و الشرايين و الأوعية الدموية؟
a. Rheumatic fever, high blood pressure, murmur, stroke, chest pain, heart attack, or any disorder of heart, blood, or blood vessels?
- السرطان، التقرحات الرخوة أو ورم؟
b. Any form of cancer, tumor, or cyst?
- السكري، ارتفاع نسبة السكر في الدم أو الغدة الدرقية، اضطراب كلوي أو أي اضطراب في الغدد الصماء؟
c. Diabetes, high blood sugar, thyroid, renal disorder or any endocrine disorder?
- التهاب الكبد الوبائي أو أية مضاعفات في الكبد، البنكرياس، المرارة، المعدة أو الجهاز الهضمي؟
d. Hepatitis or any other liver, pancreas, gallbladder, stomach, or intestinal disorder?
- الصرع، شلل، أو أية علة عصبية؟
e. Epilepsy, paralysis, or any other nervous disorder?
- الربو، أو أية اضطرابات تتعلق بالجهاز التنفسي أو الرئوي؟
f. Asthma, Respiratory, or lung disease?
- أمراض عقلية، أية اضطرابات نفسية أو اكتئاب؟
g. Mental or psychiatric illness including anxiety and depression?
- مرض أو خلل في العضلات، العمود الفقري، المفاصل و الأطراف بما فيه فقدان الحواس أو عدم التوازن؟
h. Any disease or disorder of the muscles, spine, joints, and limbs including loss of feeling or tremor?

لا
NO

نعم
YES

- مرض، خلل في النظر، النطق أو السمع؟
i. Any disorder of sight, speech, or hearing?
- أية أمراض وراثية أو خلقية؟
j. Any hereditary or congenital condition?
- حالات مزمنة، علة أو أية إصابة لم يتم ذكرها أعلاه؟
k. Any chronic condition, infirmity, or injury not mentioned above?

لا
NO

نعم
YES

***If you (pertains to the Proposed Insured and/or Policy Owner) have answered "Yes" to any of the questions above, please provide further details as below:**

*** إذا كنت (الشخص المطلوب التأمين عليه و/أو مالك الوثيقة) قد أجبت "نعم" على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، الرجاء تقديم مزيد من التفاصيل أدناه:**

سؤال رقم Question No.	الإسم Name	التاريخ Date	إسم الأطباء والمستشفيات Name of doctors, hospitals	سبب الإستشارة Reason for consultation	نتيجة الإختبار Outcome	العمر عند التشخيص Age at time of diagnosis	العلاج Treatment	الوضع الحالي Current Condition

لا
NO

نعم
YES

- (f) هل أصيب أي من افراد عائلتك أو توفي نتيجة لأحد من الأمراض المذكورة أعلاه؟ إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه:
Has any member of your immediate family ever suffered or died from any of the conditions stated above?
- If "Yes", please state details on the table below:

لا
NO

نعم
YES

الإسم Name	أفراد الأسرة Family Members	في حال على قيد الحياة If Living		إذا توفي If Deceased	
		السن Age	الحالة الصحية Condition	السن عند الوفاة Age at Death	سبب الوفاة Cause of Death

CRS Declarations

إعلان CRS

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 tax resident in more than three countries/ jurisdictions, please use a separate sheet

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).

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.

يرجى تعبئة الجدول التالي مع توضيح ما يلي: (أ) مكان الإقامة الضريبية لصاحب الحساب. (ب) رقم التعريف الضريبي لصاحب الحساب في كل دولة مشار إليها.

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيماً لأغراض ضريبية في أكثر من ثلاث دول يرجى تعبئة ورقة منفصلة.

إذا كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر يرجى تحديد السبب المناسب من بين الخيارات "أ" أو "ب" أو "ج" الواردة أدناه:

السبب أ

الدولة المقيم فيها صاحب الحساب لا تقوم بإصدار رقم تعريف ضريبي للمقيمين فيها.

السبب ب

صاحب الحساب غير قادر على الحصول على رقم التعريف الضريبي أو ما يعادله (يرجى توضيح سبب عدم القدرة على تقديم البيانات المطلوبة).

السبب ج

رقم التعريف الضريبي غير مطلوب (ملاحظة: اختر هذا السبب فقط إذا كان القانون المحلي بالدولة ذات الصلة لا يتطلب تقديم رقم التعريف الضريبي الصادر عن هذه الدولة).

أقر بأنني أفهم أن المعلومات التي تقدمت بها مشمولة في جميع الشروط والأحكام التي تنظم علاقة صاحب الحساب مع شركة "متلايف" والتي تحدد كيفية استخدام شركة "متلايف" للمعلومات التي تقدمت بها وكيفية مشاركتها.

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.

كما أقر بأنه ربما يتم تقديم المعلومات المضمنة في هذا النموذج وكذلك المعلومات تخص صاحب الحساب وأي حساب/حسابات يمكن الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد المحتفظ بالحساب، ومن الممكن تبادلها مع السلطات الضريبية لبلد أو بلدان أخرى يقيم فيها صاحب الحساب لأغراض ضريبية وذلك عملاً بالاتفاقيات الدولية الخاصة بتبادل معلومات الحسابات المالية.

وأشهد بأنني أنا صاحب الحساب (أو مفوض بالتوقيع نيابة عن صاحب الحساب) فيما يخص جميع الحساب/الحسابات التي يمتلكها صاحب حساب المتعلق به هذا النموذج.

بلد الإقامة الضريبية Country/Jurisdiction of tax residence	رقم التعريف الضريبي TIN Tax Identification number	إذا كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر فاذكر السبب "أ" أو "ب" أو "ج" If no TIN available enter Reason A, B or C	إذا ذكرت السبب "ب" يرجى التوضيح If Reason B Selected, please explain
1.			
2.			
3.			

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.

أقر بأن جميع الإفادات المقدمة في هذا الإقرار - على حسب علمي - صحيحة وكاملة.

أتعهد بإبلاغ شركة متلايف بأي تغيير في الظروف التي من الممكن أن تؤثر في حالة الإقرار الضريبي لصاحب الحساب المُعرّف في طلب التأمين أو في هذا النموذج، أو التي تجعل المعلومات المدرجة في هذا النموذج غير صحيحة أو غير كاملة، كما أتعهد بتزويد شركة متلايف بنموذج الإقرار الضريبي الذاتي وإعلان مناسبين خلال ٩٠ يوماً من ذلك التغيير.

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

التصريحات الخاصة بمصلحة الضرائب الأمريكية:

In applying for insurance coverage as indicated in this application, and in signing this application, the applicant(s) certify(ies) that the Insured, Applicant, and any designated Beneficiary(ies):

(select the answer that applies)

هم
Are

ليسوا
Are Not

من حاملي الجنسية الأمريكية وذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية⁽¹⁾⁽²⁾
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:

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بمقدم الطلب و المؤمن عليه

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

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بالمستفيد/المستفيدين

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

- 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%.
- 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.

لدى تقديم طلب الحصول على التأمين المبين في هذا النموذج، و عند التوقيع على هذا الطلب فإن مقدم/مقدمو الطلب يشهدون/يشهدون بأن المؤمن عليه، مقدم الطلب و المستفيدين:

(حدد الإجابة التي تنطبق)

من حاملي الجنسية الأمريكية وذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية⁽¹⁾⁽²⁾
United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes⁽¹⁾⁽²⁾

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

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

إذا كنت من حاملي الجنسية الأمريكية، املئ التفاصيل أدناه:

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، لإعتبارات ضريبة الدخل المشار إليها أعلاه ولم تقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة، فإن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإحتساب و الاقتطاع بضريبة دخل بمعدل قد يصل إلى ٣٠% من المبالغ المدفوعة لك.

٢. يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية وأي صندوق إنتمائي يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية.

Free Look Default option: I understand that during Free look period, allocation of my Premiums would be done as per the fund allocation form completed along with the application upon approval and receiving the first premium only. Therefore, in case of free look cancellation, I would receive the premium, less losses incurred due to market movements, if any.

Please tick the below box if the full premium needs to be refunded in case of Free Look cancellation

Free Look Selective option: I understand that during the Free Look period, allocation of my premiums, without interest, would be done as per the allocation form completed along with the application post expiry of the Free Look period only. Therefore, in case of Free Look cancellation, full premium will be refunded without any interest.

المراجعة المجانية الخيار التلقائي؛ أنا أفهم أنه، خلال فترة المراجعة المجانية، سوف يكون تخصيص الأقساط حسب إستمارة صناديق الإستثمار المقدمة مع طلب التأمين، وعند الموافقة و إستلام القسط الأول فقط. وفي حال إلغاء الطلب خلال فترة المراجعة المجانية، سوف أسترد المبلغ المدفوع والمتمثل بالقسط، بعد إقتطاع أية خسائر متكبدة نتيجة تقلبات السوق إن وجدت.

يرجى وضع علامة في المربع أدناه إذا أردت إسترداد كامل الأقساط في حال إلغاء الطلب خلال فترة المراجعة المجانية.

المراجعة المجانية الخيار الإنتقائي؛ أنا أفهم أنه، خلال فترة المراجعة المجانية، سوف يكون تخصيص الأقساط (بدون فوائد) حسب إستمارة صناديق الإستثمار المقدمة مع طلب التأمين، بعد إنتهاء فترة المراجعة المجانية فقط. وفي حال إلغاء الطلب خلال فترة المراجعة المجانية، سوف أسترد كامل المبلغ المدفوع والمتمثل بالقسط بدون فوائد.

Terms & Conditions apply. This insurance policy is underwritten by MetLife and the insurance coverage that this policy provides shall be at all times subject to the terms and conditions of the policy contract issued by MetLife. The Distribution Partner shall not be responsible for MetLife's actions or decisions under the policy contract nor shall the distribution partner be liable regarding payment of claims or services under the policy contract issued by MetLife.

"It is acknowledged and understood that this Policy is sold under the laws of the Country of Issue. The Policyholder should consult his / her own professional advisor(s) as to the legal or any other requirements or restrictions relating to the life coverage and investment plans obtained under the Policy and their tax consequences pursuant to the laws of any jurisdiction to which the Policyholder would be or might become subject during the term of the Policy."

تطبيق الشروط والأحكام. إن وثيقة التأمين هذه تم إعدادها من قبل متلايف وتخضع التغطية التأمينية التي توفرها هذه الوثيقة في جميع الأوقات للشروط والأحكام الواردة في عقد الوثيقة الصادر عن متلايف. يتحمل حامل الوثيقة مخاطر الإستثمار فيها ولا يكون مبلغ الإستثمار الأساسي أو عوائده مضموناً (باستثناء الجزء المضمون من الإستثمار). البنك غير مسؤول عن الإجراءات التي تقوم بها متلايف أو القرارات التي تتخذها بموجب عقد الوثيقة، كما أن البنك غير مسؤول عن سداد أية مطالبات أو خدمات بموجب عقد الوثيقة الصادر عن متلايف.

"من المتفق عليه والمفهوم أن هذه الوثيقة مبيعة وفقاً لقوانين دولة الإصدار. يتعين على صاحب الوثيقة مشاوره الاستشاري المهني الخاص به/بها فيما يتعلق بالمتطلبات القانونية أو غيرها من المتطلبات أو المحاذير المتعلقة بالتغطية التأمينية على الحياة وخطط الإستثمار التي يتم الحصول عليها بموجب الوثيقة وأي تبعات ضريبية لها بموجب القوانين السارية في دولة الإختصاص الذي يتبع لها حامل الوثيقة أو قد يتبع لها أثناء فترة سريان الوثيقة."

Important: Before signing this Declaration please check that the answers given in this application are complete and correct.

ملحوظة مهمة: قبل التوقيع على هذا الإقرار، يرجى التأكد من أن الإجابات الواردة في هذه الإستمارة مكتملة وصحيحة.

No representative has the authority to modify the terms as written in the application form or to overwrite the requirements of the Company.

لا يملك أي ممثل عن البنك الحق بتعديل الشروط المحددة في طلب التأمين أو إلغاء أي من البيانات المطلوبة من قبل الشركة.

*** Special Conditions:** Unless we receive from you a written statement to the contrary, the following rules shall apply:

*** شروط خاصة:** ما لم نستلم منك توجيهات مغايرة، فإننا سنقوم بتطبيق القواعد التالية:

- 1) in case you designate more than one beneficiary: (a) if you did not specify the percentage of the insurance proceeds to be paid for each beneficiary, we will distribute the insurance proceeds equally among the beneficiaries; (b) if one or more beneficiary(ies) dies before the life insured, the designation of that beneficiary(ies) shall terminate immediately and we will distribute his/her/their share(s) equally among the other beneficiary(ies) unless we receive written instructions from you otherwise;
- 2) in case you designate only one beneficiary, and this beneficiary dies before the insured, we will pay the insurance proceeds to the insured's estate.
- 3) in case you did not designate any beneficiary, we will pay the insurance proceeds to the insured's estate. The right to appoint/revoke/change the beneficiary(ies) is reserved to the applicant/policyholder (as the case may be).

1) في حال تعيينك لأكثر من مستفيد واحد: أ- ولم تقم بتحديد حصة كل مستفيد في مبلغ التأمين، سنقوم بتقسيم مبلغ التأمين إلى حصص متساوية يتم توزيعها بالتساوي بين جميع المستفيدين الذين حددتهم. ب- في حال وفاة مستفيد واحد أو أكثر قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، فإنه يسقط حق ذلك المستفيد/المستفيدين المتوفى في مبلغ التأمين ويتم توزيع حصته/حصصهم على باقي المستفيدين بالتساوي، ما لم نستلم توجيهات خطية منك بخلاف ذلك.

1) في حال تعيينك لمستفيد واحد و وفاة هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين الى وريثة المؤمن عليه.

ح) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين الى وريثة المؤمن عليه. إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في مقدم الطلب/حامل وثيقة التأمين (بحسب ما ينطبق) فترة سريان الوثيقة.

- (a) I agree that there shall be no contract of insurance, unless a policy is issued and delivered on this application and full first contribution actually paid thereon, provided no change shall have occurred in the insurability of the Proposed Insured(s) since completion of the application. I understand that the effective date of cover shall be the policy issue date as shown in the Policy Specification Schedule. I agree to accept delivery of the duly issued policy through one of the following delivery modes:
- 1 By Courier or registered mail to the correspondence address I opt for in my application form.
- 2 By Authorized Representative to the correspondence address I opt for in my application form.
- Delivery of the policy by any of the above methods and the full payment of my first contribution are construed as my acceptance of all the conditions including those stated in the Policy Specifications Schedule and any Endorsement(s) to said policy and supplementary contracts attached thereto, if and when it is issued by MetLife, as per my application.
- (b) I understand that acceptance of any policy issued on this application shall be a ratification of any correction or changes to this application which MetLife may make in the section entitled "Company Endorsement Only".
- (c) I understand that only an authorized officer of MetLife is permitted to i) make or discharge contracts or; ii) waive or change any conditions of the application, policy or receipt; or iii) to accept or pass upon insurability, and such waiver/change shall only be valid by an endorsement hereon and attached hereto.
- (d) I understand that any declaration issued to any agent or to medical examiner is not valid unless it has been mentioned in this application or in the medical examination report.
- (e) The following financial disclosures are made for the purpose of establishing insurability in connection with pending Life Insurance Application on my life. They are furnished as a true and accurate statement of my financial condition on this statement date and are supported by evidence provided by me. I understand that the disclosures form part of the Contract and that incorrect information or failure to disclose any material fact may invalidate the Contract.
- (f) I further authorize MetLife to obtain from any source it deems appropriate including any bank and / or financial institution, any information concerning my financial status and bank accounts.
- (g) I fully understand that with respect to the first contribution, the number of investment units and their respective value will be allocated within 15 days from the date the Policy is delivered and the full contribution is duly received and cleared by MetLife.
- (h) I understand that if a Policy issued with coverage terms and / or policy rates different from the coverage terms and / or policy rates which I requested in my application, such Policy shall be suspended until MetLife receives my written approval of the new coverage terms and / or policy rates offered by MetLife.
- (i) I hereby acknowledge that MetLife may be required by applicable laws to withhold income tax on my behalf and / or behalf of my Beneficiary(ies) in relation to any returns realized on any of the underlying investments of the selected Investment Subaccount(s) and / or in relation to any payments due to me and / or to my Beneficiary(ies) under the Policy.
- (أ) أصرح على عدم إبرام عقد تأميني إلا بعد إصدار وثيقة التأمين وتسليمها بناءً على هذا الطلب والسداد الفعلي للمساهمة الأولى فيها بالكامل، شريطة عدم حدوث أي تغيير في أهلية الشخص / الأشخاص المطلوب التأمين عليه / عليهم للتأمين عن وقت ملء الطلب. إنني أتفهم جيداً أن تاريخ سريان التغطية التأمينية هو نفسه تاريخ إصدار الوثيقة الموضح في جدول مواصفات الوثيقة. أوافق على قبول تسليم الوثيقة المصدرة أصولاً بإحدى وسائل التسليم الآتية:
- ١ - عن طريق أحد مندوبي التوصيل أو بالبريد المسجل إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
- ٢ - من خلال ممثل مفوض إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
- تسليم الوثيقة بأي من الطرق المذكورة أعلاه وسداد المساهمة الأولى الخاصة بي بالكامل يعتبر قبولاً لكافة الشروط بما فيها تلك الواردة في ملحق مواصفات الوثيقة أو أي ملحق (ملاحق) آخر للوثيقة المذكورة والعقود الكاملة المرفقة بها، إذا قامت متلايف بإصدارها ومتى قامت بهذا الإصدار وفقاً للطلب المقدم من قبلي.
- (ب) أصرح على عدم إبرام عقد تأميني إلا بعد إصدار وثيقة التأمين وتسليمها بناءً على هذا الطلب والسداد الفعلي للمساهمة الأولى فيها بالكامل، شريطة عدم حدوث أي تغيير في أهلية الشخص / الأشخاص المطلوب التأمين عليه / عليهم للتأمين عن وقت ملء الطلب.
- (ج) د) أتفهم أنه لا يسمح إلا لموظف مخول من متلايف ل: (١) الوفاء بالعقود أو؛ (٢) التنازل عن أو تغيير أي شرط في الطلب، الوثيقة أو الاستلام؛ (٣) قبول أو النظر في إمكانية التأمين، وأن مثل هذا التنازل/ التغيير سوف يكون سارياً فقط إذا إصدار تظير به وأرفق نسخة منه بهذا الطلب.
- (د) أتفهم بأن أي إقرار يصدر مني لأي وكيل أو طبيب شرعي لن يعتبر أقراراً صحيحاً مالم يكن قد تم ذكره في هذا الطلب أو في تقرير الفحص الطبي.
- (هـ) صيغت الإقرارات المالية التالية بغرض توفير إمكانية التأمين المتعلقة بالطلب المقدم للتأمين على حياتي، و تقدم كإقرارات حقيقية و دقيقة حول وضعي المالي في تاريخ إصدار هذا البيان و يدعمها أدلة أقوم بتقديمها تفيد ذلك. أعلم أن الإقرارات تشكل جزءاً من العقد و أن أي معلومات غير صحيحة أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية قد يبطل العقد.
- (و) أفوض أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف) بالحصول من أي مصدر تراه مناسباً بما في ذلك أي بنك و / أو مؤسسة مالية على أي معلومات بشأن وضعي المالي والحسابات المصرفية الخاصة بي.
- (ز) إنني أتفهم بشكل كامل فيما يتعلق بالمساهمة الأولى، بأن عدد وحدات الاستثمار وقيمتها المطابقة سوف يتم توزيعها في خلال ١٥ يوماً من تاريخ تسليم الوثيقة وتسلم قيمة المساهمة بالكامل على نحو صحيح والحصول على مخالصة من متلايف بذلك.
- (ح) أتفهم أنه في حال إصدار وثيقة التأمين متضمنه شروط تغطية مختلفة أو كان سعر القسط مختلفاً عن شروط التغطية و/أو سعر القسط الوارد في الطلب المقدم من قبلي، فإنه يتم تعليق هذه الوثيقة إلى أن تتلقى متلايف موافقتي الخطية على شروط التغطية و/أو سعر القسط الجديد المقدم من قبل متلايف.
- (ط) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع ضريبة الدخل و ذلك بالنيابة عني و/أو بالنيابة عن المستفيد/ المستفيدين و الناتجة عن الأرباح المحققة على الإستثمارات التابعة لإستراتيجيات الإستثمار المختارة. و أيضاً إقتطاع ضريبة الدخل على أية دفعات متوجهة لمالك الوثيقة و/أو لأي من المستفيد/ المستفيدين بموجب هذه الوثيقة.

(j) I hereby exonerate any physician and / or hospital and / or clinic and/or medical service provider and / or any insurance company and / or any other organization that has any Personal Data* and/or any records related to me and/or knowledge about me and/or any member of my family members proposed for insurance (if any) from the professional secrecy and/or contractual non-disclosure obligation and hereby authorize such person(s) and entities to disclose to MetLife any and all information about me and/or related to my family members proposed for insurance and to provide them with a copy of my Personal Data records which include but not limited to: references to me and/or my family's health and/or medical history and/or any hospitalization, medical advice, diagnosis, treatment disease and/or ailment. I also authorize MetLife to obtain, from any source it deems appropriate, information concerning my financials and/or professionals and/or personal status in addition to any information related to my driving history. I also confirm that any photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(k) **Data Transfer:** I hereby provide MetLife my unambiguous consent, to process, share, and transfer my Personal Data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to MetLife headquarters in the USA, its branches, affiliates, reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where the transfer or share, of such Personal Data, is necessary for: (i) the performance of this Policy; (ii) assisting MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife's 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.

***Personal Data** means all information related to me and/or my family members (whether marked "personal" or not) disclosed to MetLife by whatever means either directly or indirectly which concerns (including but not limited to) my medical conditions, treatments, prescriptions, business, operations, contact details, tax identification numbers/ social security number, account balances/ activities or any transactions undertaken with MetLife.

(l) 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.

(m) **Electronic Communication:**

1- Notifications: I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices electronically (including but not limited to short message services "SMS", emails and any other electronic means or methods of communications ("Notifications"). I accept receiving Notifications and understand that MetLife makes no warranty that the Notifications 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 Notifications error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving the Notifications. MetLife is not responsible for non-receipt of Notifications due to invalidity of the addresses or other technical problems.

(ي) بموجب هذا الطلب فإنني أعفي كل طبيب و/أو مستشفى و/أو عيادة و/أو مزود خدمات طبية و/أو أية شركة تأمين و/أو أية مؤسسة أخرى لديها بيانات شخصية* و/أو أية سجلات أو معلومات عني و/أو عن أفراد عائلتي الذين تم تقديم طلب تأمين عنهم (إن وجد) من واجب السرية المهنية و/أو واجب عدم الإفصاح التعاقدية، وأجيز لهؤلاء الأشخاص و/أو الهيئات الإفصاح لتلايف عن أية معلومات متعلقة بي و/أو بأفراد عائلتي الذي تم تقديم طلب تأمين عنهم وكذلك تزويدهم بنسخ من البيانات الشخصية العائدة لي والتي تتضمن: أية معلومات متعلقة بصحتي أو صحة عائلتي و/أو السجل الصحي الخاص بهم و/أو الإقامة في المستشفى و/أو استشارة طبية، تشخيص، علاج، مرض و/أو علة. كما وأني أفوض متلايف بالحصول، من أي مصدر تراه مناسباً، على أية معلومة تتعلق بوضعي المالي و/أو المهني و/أو الشخصي، بالإضافة إلى أية معلومات متعلقة بتاريخ قيادتي للمركبات. كما أنني أؤكد أيضاً على أن أي صورة ضوئية من التفويض المشار إليه أعلاه سيعمل بها كأنها نسخة مطابقة للأصل.

(ك) **تحويل البيانات:** أنا أمتنح شركه متلايف الموافقه الصريحه لتحويل بياناتي الشخصيه إلى أي مستلم سواء كان داخل الدوله أو خارجها بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، شركاتها الشقيقة، شركات إعادة التأمين الخاصة بها، شركائها في الاعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما تعتقد شركة متلايف أن تحويل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازماً لـ (1) الوفاء بالتزامات الشركة بموجب وثيقة التأمين، (2) مساعدة الشركة في تطوير منتجات وأعمال الشركة، (3) تحسين تجربة عملاء الشركة، (4) لغايات الإنترام بالقوانين والأنظمة المطبقة (5) لغايات الإنترام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تطبيق القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى التي على شركة متلايف الامتثال لها.

* **البيانات الشخصية** تعني جميع المعلومات المتعلقة بي و/أو افراد عائلتي سواء تم التأشير عليها بأنها "شخصية" أم لا، والتي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، بصحتي، العلاجات و الوصفات الطبية، والأعمال التجارية، تفاصيل معلومات الاتصال، أرقام التعريف الخاصة بالضريبة و/أو أرقام الخاصة بالتأمينات الاجتماعية، وأرصدة الحسابات حركة الحساب، و/أو أي معاملات قمت أنا بها مع متلايف

(ل) أقر وأتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (1) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (2) كان صاحب لوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (3) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات. كما أقر وأتفهم بأن 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 يُعرض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين نافذة.

(م) **وسائل التواصل الإلكتروني:**

1. **الاشعارات:** أوافق على أن تقوم متلايف بإرسال الإخطارات والإشعارات إلكترونياً، متضمنة على سبيل المثال لا الحصر: خدمة الرسائل النصية القصيرة على الهاتف الخليوي، البريد الإلكتروني وأية وسائل أو طرق تواصل إلكتروني ("الاشعارات"). كما ووافق على أن أتلقى الاشعارات وأتفهم بأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الاشعارات سيتم إرسالها دون إنقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو إنقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لنشوء أية مسؤولية على متلايف. وأتهدد بأنني لن أبأشر بإقامة أي دعوى أو شكوى أو مطالبة ضد متلايف جراء وقوع أي خطأ أو إنقطاع في الاشعارات و/أو لأي سبب من الأسباب جراء لاستقبال أو عدم استقبال الاشعارات. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامي للاشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية اخطاء فنية.

2- Sending and receiving the documents electronically: By providing my e-mail address and signing this application I agree to receive from MetLife the policy document, certificate and / or any other documents and to send to MetLife all types of documents and information related to the policy ("Documents") via electronic mail ("E-mail"). I am fully aware that having chosen this electronic means of sending or receiving information & Documents, it is my responsibility to ensure that the E-mail address I have provided in this application is correct at all times, and that it is my responsibility to inform MetLife immediately should my E-mail address change or should I cease to receive the Documents. I agree that all information & Documents sent to or received from my E-mail address as stated in this application will be considered valid and originated from me or sent to me personally. MetLife is not responsible for non-receipt of E-mails due to invalid E-mail addresses or other technical problems related to my E-mail service.

I acknowledge that if I opt to change my E-mail address with MetLife, or if I would like to receive a paper copy of the Documents, or if I believe that I have not received my Documents, I will notify MetLife immediately.

By signing this application, I understand and agree that if I wish to discontinue receiving Documents electronically it is my obligation to revoke this authorization by another written document. By signing this application also, I declare that I have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on www.metlife.com/about/privacy and I will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife.

I understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of my information.

I consent to provide my E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

- (n) I hereby declare that all statements and answers in this application together with those in any required medical examination, questionnaire or amendments are full, complete and true and bind all parties in interest under the policy herein applied for. Also, I understand that incorrect statements or answers, or failure to disclose any material fact, may invalidate the contract.

Customer Declaration: I declare that I am acting on my own behalf.

Note: If you are acting on behalf of a third party, the application will only be processed upon the receipt of signed statement confirming the authority of the third party.

٢. إرسال واستلام المستندات إلكترونياً: من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بي و توقيع هذا الطلب , فإنني أوافق على استلام وثيقة التأمين, شهادة التأمين و/أو أي مستندات أخرى وأن أقوم بإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بوثيقة التأمين ("المستندات") إلى متلايف عن طريق البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). أنا أتفهم وعلى دراية كاملة بأنه لدى اختياري لاستلام أو إرسال المستندات من خلال البريد الإلكتروني, فإنني أكون مسؤولاً عن إبقاء عنوان بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب صحيحاً في جميع الأوقات, كما أكون مسؤول دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني الخاص بي أو توقفي عن استلام المستندات. أنا أوافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسله أو المستلمه من خلال بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب سوف يتم اعتبارها صحيحة وصادرة عني أو مستلمة من قبلي شخصياً. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامي للبريد الإلكتروني لأسباب عدم صلاحية العنوان أو أية أخطاء مرتبطة بالبريد الإلكتروني الخاص بي. أنا أفهم بأنه من واجبي في حال رغبتني في تغيير عنوان بريدي الإلكتروني لدى متلايف, أو إذا كنت أرغب في الحصول على نسخة ورقية من المستندات, أو إذا كنت أعتقد بأنني لم أستلم المستندات الخاصة بي, أتفهم بأنه من واجبي إعلام متلايف فوراً بذلك.

من خلال توقيعني لهذا الطلب, فأنا أقر وأوافق على أنه في حال رغبتني في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً, فإنه من واجبي تقديم مستند خطي يفيد برغبتني بإلغاء هذا التفويض .

من خلال التوقيع على هذا الطلب, أفهم و أوافق على أنه إذا كنت أرغب في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً فمن واجبي إبطال هذا التفويض بوثيقة مكتوبة أخرى من خلال التوقيع على هذا الطلب, و أعلن أنني قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام لمتلايف على www.metlife.com/about/privacy وسأراجع أي شروط استخدام مستقبلي أو بيان خصوصية لأي مقدمي الخدمات التي تستخدمها متلايف.

أفهم أنه على الرغم من أن متلايف تتخذ كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء, متلايف لا يمكن أن تضمن سلامة المعلومات الخاصة بي.

أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بمتلايف وأقر بقبولي للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

- (ن) أقر بأن جميع التصريحات و الأجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أي استبيانات أو تعديلات هي كاملة وحقيقية وملزمة جميع الأطراف المعنيين في الوثيقة هنا والمقدم هذا الطلب لأجلهم.

إعلان العميل: أقر بأنني أتصرف نيابة عني.

ملاحظة : إذا كنت تتصرف نيابة عن طرف ثالث, سيتم معالجة الطلب فقط عند استلام البيان الموقع الذي يؤكد السلطة من الطرف الثالث.

Signatures

التواقيع

الشخص المطلوب التأمين عليه Name of Proposed Insured	الإسم الكامل بخط يده / يدها Full Name in his / her own handwriting	التوقيع Signature
الإسم الكامل المالك (إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه) Name of Owner (if other than Proposed Insured)	الإسم الكامل بخط يده / يدها Full Name in his / her own handwriting	التوقيع Signature
وقعت في Signed at	بلد City	مدينة Country
		في on this
		من شهر month of
		عام 20

Witness / Representative

الشاهد / ممثل البنك

I certify that the information supplied by the Proposed Insured(s) / Owner has been truthfully and accurately recorded on this application.

أصرح بأن المعلومات المقدمة من قبل الشخص المطلوب التأمين عليه / المالك صحيحة وكاملة و بدقة مسجلة بعناية في هذا الطلب

اسم الشاهد Name of Witness		التوقيع Signature
اسم البنك Name of IFA		

Authorization for payment of insurance premiums to MetLife through credit card



Application No.

Credit card payment is only available for visa credit or master credit cards. It can only be used by Policy Owners using their own credit cards. Please complete the personal details section and the credit card payment section below.

a. Declarations:

- I hereby agree to effect the payment of premiums in relation to the Insurance Policies with MetLife (“the Policy”) and authorize MetLife to debit my credit card whose details with the amount of premiums are shown below.
- I also hereby authorize MetLife to continue debiting my credit card with the amounts of the subsequent premiums as applicable for the duration of the Policy, subject to the terms and conditions of the Policy.
- I understand and agree that coverage under the Policy will begin and continue only after debiting my credit card with the amount of the due premium as applicable.
- I understand and agree that in the event my credit expires or is not renewed for any reason, or in case of unavailability of sufficient funds, whatsoever, I shall effect the payment of all due premiums related to the Policy through any of the mode of payments prevailing and made available by MetLife. Failing to pay the due premiums on time, shall lead to lapsation of my policy, subject to the terms and condition of the policy.
- I understand and agree that in the event of renewal of my credit card, I shall present a new authorization form to effect the payment of my subsequent premiums for the duration of the policy, and shall continue to be valid unless cancelled by myself in writing.
- I hereby understand that MetLife will debit my bank card for the applicable premium in accordance with the policy currency. I am aware that the card issuer bank may apply rates and charges as per the bank’s own currency conversion rates.

b. Personal details (Policy Owner)

Policy no.
 Policy Owner Full Name

c. Authorization for credit card payment

I, the undersigned, based on the declarations stated above hereby provide my consent and confirm my authorization to American Life Insurance Company (MetLife), to debit my credit card with the amount as detailed below for the above mentioned application:

Master/Visa Credit card number Credit card expiry date

Name of card issuer bank Bank name

Full name
(as quoted on the card)

d. Mode of Payment

	<input type="checkbox"/> Single payment please debit my credit card as detailed below	<input type="checkbox"/> Recurrent payment please debit my credit card as detailed below
Policy currency <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> AED		
Amount in figures		
Amount in words		
Starting date		
Frequency	Not applicable	<input type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/> Semi-Annual <input type="checkbox"/> Quarterly <input type="checkbox"/> Monthly
Number of installments	Not applicable	Open ended
Preferred date for debit (on or after)	Not applicable	<input type="text"/> <input type="text"/>

- I hereby declare to American Life Insurance Company (MetLife) after entering my credit card data and numbers on its internal systems to obliterate/mask some of the card numbers described above of this authorization in order to protect the data without the need for me to sign on this authorization after the obliteration and without detracting or affecting the legal power of any delegation has been given to the company under this authorization.
- I hereby agree and confirm that this authorization form in favor of American Life Insurance Company (MetLife) will remain in force until such time I cancel or amend in writing.
- I hereby understand that MetLife will only process the application after the authorization of my credit card payment is granted.
- I understand that this form shall not be treated as a payment receipt.
- I understand and agree that it is my responsibility to obtain and retain a copy of this authorization and any premium payment receipt for future reference.
- I hereby provide 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 the Company Headquarters in the USA, its branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, Insurance Brokers and/or service providers where the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of this Policy; (ii) assisting the Company in the development of its business and products; (iii) improving the Company’s 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 the Company.
- I hereby declare to American Life Insurance Company (MetLife) after entering my credit card data and numbers on its internal systems to obliterate/mask some of the card numbers described above of this authorization in order to protect the data without the need for me to sign on this authorization after the obliteration and without detracting or affecting the legal power of any delegation has been given to the company under this authorization.

X Signature
 Full name of the Owner/Cardholder’s Owner/Cardholder’s signature Date

Telephone Country Code Area Code E-mail

- I have verified the original credit/debit card produced by the Policy Owner and confirm that the information contained in the above credit/debit card authorization is in agreement with his/her credit/debit card. I also confirm that the Policy Owner or Payor (if an already approved Third Party Payor) and the credit/debit card holder are the same and also agreed the signature as per above authorization with the signature as per credit/debit card.

X Signature
 Name of Agent Agent’s signature Date

MetLife, Inc. (NYSE: MET), through its subsidiaries and affiliates ("MetLife"), is one of the world's leading financial services companies, providing insurance, annuities, employee benefits and asset management to help its individual and institutional customers navigate their changing world.

Founded in 1868, MetLife has operations in more than 40 countries and holds leading market positions in the United States, Japan, Latin America, Asia, Europe and the Middle East. For more information, visit www.metlife.com.

MetLife is a pioneer of life insurance with a presence of nearly 65 years in the Gulf. Through its branches, MetLife offers life, accident and health insurance along with retirement and savings products to individuals and corporations.

For more information, visit www.metlife-gulf.com.

American Life Insurance Company (MetLife) is licensed and regulated by the Central Bank of Bahrain as an insurance company (overseas insurance licensee - conventional insurance business), with a common capital stock of USD 40,000,000

شركة متلايف إنك (رمزها MET في بورصة نيويورك) من خلال فروعها والشركات التابعة لها ("متلايف")، هي شركة رائدة عالمياً في مجال التأمين على الحياة ودفعات الراتب السنوي والتأمين الجماعي للموظفين وإدارة الأصول، و تساعد عملائها من الأفراد والشركات على المضي في دروب حياتهم المتغيرة.

تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، ولها عمليات في أكثر من ٤٠ بلداً وتتيبواً متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة www.metlife.com

متلايف هي شركة رائدة في مجال التأمين على الحياة موجودة في منطقة الخليج منذ قرابة ٦٥ عاماً. ومن خلال الفروع التابعة لها، تقدم شركة متلايف تأمين على الحياة، الحوادث وتأمين صحي، بالإضافة إلى برامج وخدمات التقاعد والادخار للأفراد والشركات. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة: www.metlife-gulf.com

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) مرخصه ومنظمه من قبل مصرف البحرين المركزي كشركة تأمين (فرع مرخص لشركة أجنبية - أعمال التأمين التجاري)، رأس المال المسجل ٤٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي.