

# برنامج حماية الغد الكويت Future Protect - Kuwait



آي اف اي نموذج طلب تأمين IFA Application Form

رقم الوثيقة  
Policy No.

IFA Name

اسم آي اف اي

Financial Advisor Name

اسم المستشار المالي

▶ Please use BLOCK CAPITAL LETTERS to fill in the form

◀ الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح

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

١. التصريحات الشخصية للشخص المطلوب التأمين عليه (كما في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name  إسم الوالد Middle Name  الشهرة Last Name

### الهوية Identification

نوع بطاقة الهوية I.D. Type  رقم بطاقة الهوية I.D. No.  تاريخ الإنتهاء Expiry Date

الجنس Gender  ذكر Male  أنثى Female الحالة الإجتماعية Marital Status  أعزب Single  متزوج Married  مُطلق / مُنفصل Divorced / Separated  أرمل Widowed

تاريخ الميلاد Date of Birth  السن في آخر عيد للميلاد Age Last Birthday

مدينة الولادة City of Birth  بلد الولادة Country of Birth

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

### الإقامة\* Residency\*

1)  2)  3)

\*الإقامة\* هي الولاية التي تلتزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية.

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

### المهنة Occupation

المسمى الوظيفي Employment Status  موظف Employee  صاحب العمل Self-employed

الموقع الوظيفي Position / Title  اسم الشركة Company Name

طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties

طبيعة العمل Nature of Business

### الدخل Income

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

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

مصادر الدخل الأخرى Other sources of Income (if any) (١) مصدر الدخل Source (1)  الدخل السنوي Annual Income

(٢) مصدر الدخل Source (2)  الدخل السنوي Annual Income

(٣) مصدر الدخل Source (3)  الدخل السنوي Annual Income

### Personal Banking Details تفاصيل البنك الشخصية

اسم البنك Name of the Bank  العنوان Address

### Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة Country  المدينة/الإمارة 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	<input type="text"/>	المدينة/الامارة City / Town	<input type="text"/>	ص.ب. P.O. Box	<input type="text"/>		
المنطقة/الشارع Area / Street	<input type="text"/>	المبنى Building	<input type="text"/>	شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.	<input type="text"/>		
الهاتف Telephone	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<input type="text"/>	الهاتف المتحرك Mobile	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<input type="text"/>

**2. Joint Insured Details (as shown in the identification document)**

٢. التصريحات الشخصية للمؤمن عليه المشارك ( كما في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name	<input type="text"/>	إسم الوالد Middle Name	<input type="text"/>	الشهرة Last Name	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	---------------------------	----------------------	---------------------	----------------------

**Identification الهوية**

نوع بطاقة الهوية I.D. Type	<input type="text"/>	رقم بطاقة الهوية I.D. No.	<input type="text"/>	تاريخ الإنتهاء Expiry Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
الجنس Gender	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	الحالة الإجتماعية Marital Status	<input type="checkbox"/> أعزب Single	<input type="checkbox"/> متزوج Married	<input type="checkbox"/> مُطلق / مُنفصل Divorced / Separated	<input type="checkbox"/> أرمـل Widowed	تاريخ الميلاد Date of Birth	<input type="text"/>	السن في آخر عيد للميلاد Age Last Birthday	<input type="text"/>
مدينة الولادة City of Birth	<input type="text"/>	بلد الولادة Country of Birth	<input type="text"/>								

يرجى ذكر جميع الجنسيات  
Please list all Nationalities

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

علاقته بالمطلوب التأمين عليه  
Relationship to Proposed Insured

**Residency\* الإقامة\***

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

\* "الإقامة" هي الولاية التي تلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية.

\* "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	<input type="checkbox"/> موظف Employee	<input type="checkbox"/> صاحب العمل Self-employed	الموقع الوظيفي Position / Title	<input type="text"/>	اسم الشركة Company Name	<input type="text"/>
طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties	<input type="text"/>					
طبيعة العمل Nature of Business	<input type="text"/>					

**Income الدخل**

متوسط الدخل السنوي المكتسب خلال ٣ سنوات بالدولار الأمريكي Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD	الحالية Current Year	الماضية Last Year	السنة ما قبلها The Year Before
مصادر الدخل الأخرى (if any) Other sources of Income	مصدر الدخل (١) Source (1)	مصدر الدخل (٢) Source (2)	مصدر الدخل (٣) Source (3)
	<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"/>

**Personal Banking Details تفاصيل البنك الشخصية**

اسم البنك Name of the Bank	<input type="text"/>	العنوان Address	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

**Current Business Address عنوان العمل الحالي**

الدولة Country	<input type="text"/>	المدينة/الامارة City / Town	<input type="text"/>	ص.ب. P.O. Box	<input type="text"/>
المنطقة/الشارع Area / Street	<input type="text"/>	المبنى Building	<input type="text"/>	شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.	<input type="text"/>
الهاتف Telephone	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني E-mail	<input type="text"/>

**Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي**

الدولة Country	<input type="text"/>	المدينة/الامارة City / Town	<input type="text"/>	ص.ب. P.O. Box	<input type="text"/>		
المنطقة/الشارع Area / Street	<input type="text"/>	المبنى Building	<input type="text"/>	شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.	<input type="text"/>		
الهاتف Telephone	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<input type="text"/>	الهاتف المتحرك Mobile	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<input type="text"/>

٣. طالب التأمين / المالك (إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه - كما في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name	<input type="text"/>	إسم الوالد Middle Name	<input type="text"/>	الشهرة Last Name	<input type="text"/>		
نوع بطاقة الهوية I.D. Type	<input type="text"/>	رقم بطاقة الهوية I.D. No.	<input type="text"/>	تاريخ الإنتهاء Expiry Date	<input type="text"/>		
الجنس Gender	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	الحالة الإجتماعية Marital Status	<input type="checkbox"/> أعزب Single	<input type="checkbox"/> متزوج Married	<input type="checkbox"/> مُطلق / مُنفصل Divorced / Separated	<input type="checkbox"/> أرمل Widowed
تاريخ الميلاد Date of Birth	<input type="text"/>	السن في آخر عيد للميلاد Age Last Birthday	<input type="text"/>	مدينة الولادة City of Birth	<input type="text"/>	بلد الولادة Country of Birth	<input type="text"/>
يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>	علاقته بالمطلوب التأمين عليه Relationship to Proposed Insured	<input type="text"/>		

**Residency\* الإقامة\***

1)  2)  3)

\* "الإقامة" هي الولاية التي تلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية.  
\* "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

طبيعة العمل  
Nature of Business

اسم الشركة  
Company Name

**Income الدخل**

Average **Earned Annual Income** in the past 3 years in USD

معدل الدخل السنوي المكتسب خلال ٣ سنوات بالدولار الأمريكي

الحالية Current Year	<input type="text"/>	الماضية Last Year	<input type="text"/>	السنة ما قبلها The Year Before	<input type="text"/>
مصادر الدخل الأخرى Other sources of Income (if any)	مصدر الدخل (١) Source (1)	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>	
	مصدر الدخل (٢) Source (2)	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>	
	مصدر الدخل (٣) Source (3)	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>	

**Personal Banking Details تفاصيل البنك الشخصية**

اسم البنك  
Name of the Bank

العنوان  
Address

**Current Business Address عنوان العمل الحالي**

الدولة  
Country

المدينة/الإمارة  
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/الإمارة  
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

رمز البلد  
Country Code

رمز المنطقة  
Area Code

**4. Send Correspondence to** عنوان المراسلات

مكان الإقامة  
Residence

مكان العمل  
Work

آخر  
Other

يرجى الشرح إذا اخترت آخر  
If Other, please provide

## 5. Financial Assets (Applicant/Owner)

٥. الأصول المالية (مقدم الطلب / المالك)

**For Personal Coverage.** Please detail the proposed Insured's personal assets and liabilities.

الغطاء التأميني الشخصي يرجى ذكر الأصول و الخصوم الشخصية الخاصة بالمؤمن عليه المقترح بالتفصيل

**For Business Coverage.** Please detail the business assets and liabilities

لغطاء تأمين الأعمال يرجى ذكر الأصول و الخصوم الخاصة بالأعمال بالتفصيل

**Assets (At Market Value) (الأصول (بالقيمة السوقية)**

**Liabilities الديون**

نقدية بالمصارف Cash in Bank(s)	\$	أوراق دفع / قروض مستحقة للبنوك Notes / Loans Payable to Banks	\$
أوراق قبض Notes Receivable	\$	أوراق دفع / قروض مستحقة للغير Notes / Loans Payable to Others	\$
حسابات مدينة Accounts Receivable	\$	رهون أو حجوزات على العقارات Mortgages or Liens on Real Estate	\$
عقارات Real Estate	\$	ضرائب و فوائد مستحقة Taxes and Interest Due	\$
أسهم و سندات (غير مدرجة في القيمة النقدية أعلاه) Stocks and Bond (not included in cash above)	\$	قروض للتأمين على الحياة Loans of Life Insurance	\$
ممتلكات شخصية (سيارات، أثاث، مجوهرات و غيرها) Personal Property (auto, furniture, jewelry, etc..)	\$	خصوم أخرى (يرجى ذكرها) Other Liabilities (please define)	\$
القيمة النقدية للتأمين على الحياة Cash Value Life Insurance	\$	<b>الإجمالي Total</b>	\$
أصول أخرى (يرجى ذكرها) Other Assets (Please define)	\$		
<b>الإجمالي Total</b>	\$		

## 6. Personal / Business Banking References

٦. المراجع المصرفية الشخصية / التجارية

ايبان / رقم الحساب  
IBAN & Account Number

البنك  
Bank

العنوان  
Address

هل توافق بالرجوع إلى تلك البنوك إذا لزم الأمر، بغرض تقييم طلبكم؟  
Do you agree referring to them, if necessary, for the purpose of assessing your Application?

نعم YES  لا NO

إذا كانت الإجابة لا، يرجى التوضيح  
If No. Please explain

## 7. Financial Disclosures

٧. التصريحات المالية

هل توجد دعاوى قضائية أو أحكام معلقة ضدك في هذا الوقت؟  
Are there any suits pending or judgements against you at this time?

نعم YES  لا NO

إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر التفاصيل  
If Yes. Please explain

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.

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 account.

صيغت الإفادات المالية التالية بغرض توفير إمكانية التأمين المتعلقة بالطلب المعلق للتأمين على حياتي، و تقدم كإقرارات حقيقية و دقيقة حول وضعي المالي في تاريخ إصدار هذا البيان و يدعمها أدلة أقدمها تفيد ذلك. أعلم أن الإفادات تشكل جزءاً من العقد و أن أي معلومات غير صحيحة أو عدم الكشف عن واقعة مادية قد يبطل العقد.

أمنح بموجب هذا المستند متلايف موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلق خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ العقد أو للائتمان لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية و جهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها في الشركة.

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 و الحسابات المصرفية الخاصة بي.

## 8. Purpose of insurance: tick as Applicable

٨. الغرض من التأمين: ضع علامة على الغرض المطلوب

- |                             |   |  |   |   |
|-----------------------------|---|--|---|---|
| تأمين شخصي<br>• Personal    | <input type="checkbox"/> حماية الأسرة<br>Family Protection                  | <input type="checkbox"/> الإيداع و الحماية<br>Saving and Protection        | <input type="checkbox"/> حماية القروض الشخصية<br>Personal Loan Protection | <input type="checkbox"/> حماية من ضريبة التركات<br>Inheritance Tax Protection |
| تأمين الأعمال<br>• Business | <input type="checkbox"/> تأمين على الشخصيات الرئيسية<br>Key-Person Coverage | <input type="checkbox"/> حماية القروض التجارية<br>Business Loan Protection | <input type="checkbox"/> المساهم / الشراكة<br>Shareholder / Partnership   | <input type="checkbox"/> الاستثمار<br>Investment                              |

## Basic Plan of Insurance: Future Protect

## برنامج التأمين الأساسي: برنامج حماية الغد

Coverage Options	<input type="checkbox"/> التأمين المنفرد Single Life	<input type="checkbox"/> التأمين المشترك الوفاة الأولى Joint Life first Death	<input type="checkbox"/> التأمين المشترك لوفاة كلا المؤمنين Joint Life both Death	خيارات التغطية	
Amount of insurance (for Proposed Insured)	Figures بالأرقام		Words كتابة	مبلغ التأمين (للمؤمن عليه)	
Amount of insurance (for Joint Insured)	Figures بالأرقام		Words كتابة	مبلغ التأمين (للمؤمن عليه المشارك)	
Premium to be paid				القسط المخطط دفعه	
Currency	<input type="checkbox"/> دولار أمريكي USD	<input type="checkbox"/> جنيه استرليني GBP	<input type="checkbox"/> يورو EURO	العملة	
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	طريقة دفع الأقساط

## A) Supplementary Contracts for Proposed Insured

## أ) العقود الإضافية للمؤمن عليه

<input type="checkbox"/> Waiver of Premium Disability (if Proposed Insured is same as Owner)		<input type="checkbox"/> تنازل عن القسط بسبب العجز (إذا كان المؤمن عليه هو مالك البوليصة)
<input type="checkbox"/> Passive War Risk		<input type="checkbox"/> مخاطر الحرب
<input type="checkbox"/> Accidental Death	Coverage Amount مبلغ التغطية	<input type="checkbox"/> منفعة التعويض عن الوفاة بسبب حادث
<input type="checkbox"/> Permanent & Total Disability	Coverage Amount مبلغ التغطية	<input type="checkbox"/> العجز الكلي و الدائم
<input type="checkbox"/> Stand Alone Critical Illness	Coverage Amount مبلغ التغطية	<input type="checkbox"/> الحماية من الأمراض المستعصية المنفعة المنفردة
<input type="checkbox"/> Accelerated Critical Illness	Coverage Amount مبلغ التغطية	<input type="checkbox"/> منفعة المرض المستعصي المعجلة

## B) Supplementary Contracts for Joint Insured

## ب) العقود الإضافية للمؤمن عليه المشارك

<input type="checkbox"/> Passive War Risk		<input type="checkbox"/> مخاطر الحرب
<input type="checkbox"/> Accelerated Critical Illness	Coverage Amount مبلغ التغطية	<input type="checkbox"/> منفعة المرض المستعصي المعجلة
<input type="checkbox"/> Permanent & Total Disability	Coverage Amount مبلغ التغطية	<input type="checkbox"/> العجز الكلي و الدائم
<input type="checkbox"/> Accidental Death	Coverage Amount مبلغ التغطية	<input type="checkbox"/> منفعة التعويض عن الوفاة بسبب حادث
<input type="checkbox"/> Stand Alone Critical Illness	Coverage Amount مبلغ التغطية	<input type="checkbox"/> الحماية من الأمراض المستعصية المنفعة المنفردة

## C) Supplementary Contracts For Owner (If Owner Is Other Than Proposed Insured)

## ت) العقود الإضافية لمالك البوليصة: (إذا كان المالك غير المؤمن عليه)

<input type="checkbox"/> Waiver of Premium Death	<input type="checkbox"/> تنازل عن القسط بسبب الوفاة
<input type="checkbox"/> Waiver of Premium Death & Disability	<input type="checkbox"/> تنازل عن القسط بسبب العجز و الوفاة

## 10. Contribution Allocation

## ١٠. تخصيص المساهمات

ملاحظة: يجب أن تكون نسب التوزيع في أي من حسابات الإستثمار الفرعية إما مساوية لصفر أو من مضاعفات النسبة ١٠٪. وستعتبر المربعات الفارغة غير المعبأة بمغابة الصفر. Allocation percentage to any one investment subaccount must be either 0% or multiples of 10%				
SI No. رقم	Fund Name	الأسهام الاستثمارية	Fund Code رمز السهم	التوزيع % Allocation
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Please ensure that the total allocation adds to 100%

يرجى التأكد من أن إجمالي المخصصات مضاف إلى ١٠٠٪

المجموع Total 100%

## 11. Beneficiaries for proposed insured

١١. المستفيدين للمؤمن عليه

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

\*please refer to special conditions for beneficiary designation in the last page before customer signature. يرجى الرجوع إلى الشروط الخاصة لتعيين المستفيدين في الصفحة الأخيرة قبل توقيع العميل.

## 12. Beneficiaries for Joint Insured

١٢. المستفيدين للمؤمن عليه المشارك

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

\*please refer to special conditions for beneficiary designation in the last page before customer signature. يرجى الرجوع إلى الشروط الخاصة لتعيين المستفيدين في الصفحة الأخيرة قبل توقيع العميل.

## 13. Does the proposed Insured and / or Joint Insured / or Owner have any existing Insurance?

نعم  
YESلا  
NO

١٣. هل يوجد لدي المؤمن عليه و / أو المؤمن عليه المشارك و / أو مالك التأمين أية بوالص تأمين أخرى؟  
إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى تقديم التفاصيل كاملة في الجدول أدناه:

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

الإسم Name	رقم البوليصة Policy No.	الشركة Company	تاريخ النفاذ Effective Date	الحالة Status	المبلغ Coverage Amount	القسط السنوي Annual Premium	حياة/حوادث / تأمين جماعي Life/PA

## 14 . General Questions

١٤ . التصريحات العامة

(Apply for all Proposed Insured in this application)

(تشمل التصريحات كافة المطلوب التأمين عليهم المذكورين في هذا الطلب)

## 1. Has any application for insurance or reinstatement of Life, Accident or Health Insurance ever been declined, postponed, rated or in any way modified?

نعم  
YESلا  
NO

١. هل رفض لك طلب تأمين حياة أو حوادث شخصية أو صحي ، أو رفض طلب إعادة سريان بوليصة أو هل أن مثل ذلك الطلب قد ارجئ البت فيه أو صنف بتعرفة أعلى من القسط العادي أو عدل بأي طريقة أو الغي؟

If yes, give details below.

إذا كانت الاجابة نعم الرجاء اعطاء التفاصيل.


2. Is the proposed Insureds a member of any military force, or 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

٢. هل انت عضوا في اي قوات مسلحة، أو هل تمارس أو تنوي ممارسة أي نوع من السباقات، الغطس الجوي، الغطس تحت الماء، الهبوط بالمظلة، أو أي نوع من النشاطات أو الهوايات الخطرة، أو الطيران في وسائل نقل جوية إلا كمسافر عادي على خطوط جوية تجارية عادية؟

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء تعبئة الإستبيان المناسب.

If yes, give details below.

--

3. (a) Travel History during the past 12 months?

نعم  
YES

لا  
NO

٣. (أ) هل قمت بالسفر خلال الإثني عشر شهراً الماضية؟

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

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

اسم المؤمن عليه Proposed Insured's Name	الدولة Country	المدينة City	تاريخ السفر Approximate Date of Travel	سبب الزيارة Purpose	مدة الإقامة Length of Stay	عدد الرحلات / بالسنة No. of Visits/Year

- (b) Travel Plans outside your current country of residence within the next 12 months?

نعم  
YES

لا  
NO

٤. (ب) هل تنوي الإقامة في أو السفر إلى أي دولة خارج مكان إقامتك الحالية خلال الإثني عشر شهراً القادمة؟

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

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

اسم المؤمن عليه Proposed Insured's Name	الدولة Country	المدينة City	تاريخ السفر Approximate Date of Travel	سبب الزيارة Purpose	مدة الإقامة Length of Stay	عدد الرحلات / بالسنة No. of Visits/Year

## 15. Health Details

## ١٥. التصريحات الطبية

(To be completed for all Proposed Insureds if any rider is selected) - Please provide complete and correct answers irrespective of how important they might appear.

(تضمن التصريحات كافة المطلوب التأمين عليهم المذكورين في هذا الطلب، الرجاء إعطاء إجابات كاملة و دقيقة بغض النظر عن أهمية السؤال)

If a question answered (Yes) Please Complete details below:\*

إذا كانت الإجابة «نعم» الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه:\*

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

نعم  
YES

لا  
NO

(أ) هل لديك طبيب شخصي أو طبيب العائلة؟

If "Yes", please state details on the table below:

إذا كانت الإجابة «نعم» الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه

اسم الطبيب Doctor's Name	العنوان/الهاتف Address / Phone No.	تاريخ اخر استشارة Date Last seen	سبب الإستشارة Reason / Symptoms	التشخيص Any diagnosis	ماذا كانت نصيحته Advice given
الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured					
المؤمن عليه المشارك Joint Insured					
المالك Owner					

(b) <b>Proposed Insured</b>	الطول Height	<input type="text"/> قدم ft.	<input type="text"/> إنش in.	أو or	<input type="text"/> سم cm.	الوزن Weight	<input type="text"/> باوند lbs.	أو or	<input type="text"/> كغ kg.	(ب) الشخص المطلوب التأمين عليه
<b>Joint Insured</b>	الطول Height	<input type="text"/> قدم ft.	<input type="text"/> إنش in.	أو or	<input type="text"/> سم cm.	الوزن Weight	<input type="text"/> باوند lbs.	أو or	<input type="text"/> كغ kg.	المؤمن عليه المشارك
<b>Owner</b>	الطول Height	<input type="text"/> قدم ft.	<input type="text"/> إنش in.	أو or	<input type="text"/> سم cm.	الوزن Weight	<input type="text"/> باوند lbs.	أو or	<input type="text"/> كغ kg.	المالك

(ج) تفاصيل عن الشخص المدخن

نعم لا  
YES NO

هل تدخن أو كنت تدخن أي نوع من أنواع التبغ كالسجائر، السيجار، الغليون، الشيشة أو بالمضغ؟ .....

إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر  
If yes, type

العدد في اليوم  
quantity per day

تفاصيل عن الشخص الغير المدخن

إذا كنت لا تدخن أي نوع من أنواع التبغ حالياً، هل سبق و دخنت أو كنت تدخن أي نوع من أنواع التبغ (السجائر، السيجار، الغليون، الشيشة أو بالمضغ)؟ .....

	المؤمن عليه Proposed Insured	المؤمن عليه المشارك Joint Insured	المالك Owner	
What type you used to smoke?				ما النوع الذي اعتدت تدخينه؟
What is the quantity you used to smoke per day?				ما الكمية التي كنت تدخنها في اليوم؟
For how long did you smoke?				ما طول المدة التي كنت تدخن فيها؟
When did you stop?				متى توقفت عن التدخين؟
Why did you stop?				لماذا توقفت عن التدخين؟

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

(هـ) هل سبق أن طلبت إستشارة طبية أو تم تشخيصك أو تعالجت لأي من الأمراض التالية:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| a. Rheumatic fever, high blood pressure, murmur, stroke, chest pain, heart attack, or any disorder of heart, blood, or blood vessels? ..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | أ. حمى الروماتيزم، ضغط الدم، لغط، جلطة دماغية، ألم في الصدر، أمراض القلب و الشرايين و الأوعية الدموية؟ ..... |
| b. Any form of cancer, tumor, or cyst? .....  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ب. السرطان، التقرحات الرخوة أو ورم؟ .....  |
| c. Diabetes, high blood sugar, thyroid disorder, or any endocrine disorder? .....   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ج. السكري، ارتفاع نسبة السكر في الدم أو خلل أو اضطراب يتعلق بالغدد؟ .....                                    |
| d. Hepatitis or any other liver, pancreas, gallbladder, stomach, or intestinal disorder? .....  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | د. التهاب الكبد الوبائي أو أية مضاعفات في الكبد، البنكرياس، المرارة، المعدة أو الجهاز الهضمي؟ .....          |
| e. Any kidney, urinary, or reproductive disorder? .....   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | هـ. أمراض الكلى أو أية اضطرابات في الجهاز البولي أو التناسلي؟ .....  |
| f. Epilepsy, paralysis, or any other nervous disorder? .....  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | و. الصرع، شلل، أو أية علة عصبية؟ .....   |
| g. Any form of blood disorder or disease? .....   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ز. أي شكل من أشكال الاضطراب الدم أو مرض؟ .....   |
| h. Asthma, Tuberculosis, Respiratory, or lung disease? .....  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ح. الربو، السل أو أية اضطرابات تتعلق بالجهاز التنفسي أو الرئوي؟ .....  |
| i. Mental or psychiatric illness including anxiety and depression?....  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ط. أمراض عقلية، أية اضطرابات نفسية أو اكتئاب؟ .....  |



- ك: مرض أو خلل في العضلات، العمود الفقري، المفاصل و الأطراف بما فيه فقدان الحواس أو عدم التوازن؟ .....  
 لا نعم  
 NO YES  
 ج: Any disease or disorder of the muscles, spine, joints, and limbs including loss of feeling or tremor? .....
- د: الإدمان بأنواعه؟ .....  
 لا نعم  
 NO YES  
 ك: Excessive consumption of alcohol, alcoholism, and drug abuse? .....
- ل: مرض، خلل في النظر، النطق أو السمع؟ .....  
 لا نعم  
 NO YES  
 ل: Any disorder of sight, speech, or hearing? .....
- م: أية أمراض وراثية أو خلقية؟ .....  
 لا نعم  
 NO YES  
 م: Any hereditary or congenital condition? .....
- ن: حالات مزمنة، علة أو أية إصابة لم يتم ذكرها أعلاه؟ .....  
 لا نعم  
 NO YES  
 ن: Any chronic condition, infirmity, or injury not mentioned above? .....
- (ف) هل تلقيت إستشارة طبية، أو علاج متعلق بالإيدز أو بمرض منقول جسدياً أو قيل أنك مصاب بأي منها، أو قمت بإجراء فحص للأيدز ودل على وجوده، أو تشكو من الحالات التالية ولا زالت بدون تفسير، الإرهاق، نقص الوزن، الإسهال، أو آفات جلدية غريبة؟ .....  
 لا نعم  
 NO YES  
 (ف) Have you ever been treated for AIDS, Auto-immune Disease, AIDS Related Complex, or sexually transmitted disease or been told you have any of these OR that you had tested positive for AIDS (please state reason and results) OR have you had unexplained fatigue, weight loss, diarrhoea, or unusual skin lesions? .....
- (ز) هل أصيب أي من افراد عائلتك أو توفي نتيجة لأحد من الأمراض المذكورة أعلاه؟ .....  
 لا نعم  
 NO YES  
 (ز) 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:

إذا كانت الإجابة (نعم) الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه

سبب الوفاة Cause of Death	السن عند الوفاة Age at Death	السن في وقت التشخيص Age of Diagnosis	الحالة الصحية State of Health	السن Age if Living	أفراد الأسرة Family Members	إسم المؤمن عليه Name of Insured

\* Details To Any "Yes" Answers To Above Questions, Include Name Of Proposed Insured, Dates, Names Of Doctors, Hospitals, Reason For Consultation, Tests, Results, Diagnosis, Treatments And Current Condition

\* تفاصيل أي إجابات بـ«نعم» على الأسئلة السابقة بما فيها إسم الشخص المؤمن عليه والتواريخ وأسماء الأطباء والمستشفيات وسبب الإستشارة والإختبارات والنتائج والتشخيص والعلاج

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

تعليمات خاصة  
Special Request

تظهرات الشركة فقط  
Company Endorsement Only

- (a) I agree that no right to borrow, surrender or assign or other privilege of ownership may be exercised by a minor.
- (ب) أصرح على أنه لا يجوز لأي من القصر ممارسة حق الإقتراض أو التنازل أو تحويل الملكية أو ممارسة غير ذلك من الإمتيازات التي تخولها الملكية.
- (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".
- (ب) أتفهم أن قبول أي بوليصة مصدرة بموجب هذا الطلب تعتبر مصادقة على ما جاء بها من تصحيحات أو تعديلات قامت متلايف بإجرائها في القسم المعنون بـ«اعتماد الشركة فقط».
- (c) I understand that no agent or medical examiner or other person except an authorized officer of MetLife is permitted to make or discharge contracts or waive or change any of the conditions or provisions of any Application, Policy or Receipt, or to accept or pass upon insurability; no change shall be valid until approved by an authorized officer from MetLife and unless such Approval be endorsed hereon and attached hereto.
- (ج) أتفهم أنه لا يجوز لأي وكيل أو طبيب شرعي أو أي شخص آخر بخلاف المسؤول المخول من الشركة إبرام عقود أو التنازل عنها أو التنازل عن أي من الشروط والأحكام الواردة في أي استمارة تقديم أو بوليصة أو إيصال أو تغيير أي منها أو الإقرار بالأهلية للتأمين أو البت فيها لن يتم إعتناء أي تغيير إلا بعد موافقة المسؤول المخول من متلايف وتم تظهير الموافقة هنا أو تم إرفاقها.
- (d) I understand that any communication or information disclosed to any agent or medical examiner is not approved by MetLife unless such information is formally stated in either this application or in any medical examination submitted.
- (د) أتفهم أن هذا الإخطار أو الإبلاغ الخاص بأي وكيل أو طبيب شرعي ليس إخطاراً أو إبلاغاً من الشركة ما لم يكن مذكوراً في أي من هذا الطلب أو في أي تقرير فحص طبي.
- (e) MetLife makes investments in the Company Conservative Fund( CCF) during the Initial Payment Period( IPP) and in the Investment Strategies i have chosen thereafter, and my Policy Account Values, will reflect the performance of the investment units I select. I understand there are no guarantees on the investment sub-account earnings / income as the investment units I have selected may decrease as well as increase and are likely to fluctuate depending on the actual market performance of these units. I also declare that the allocation of my premiums / contributions to the Plan's Investment Strategies is per my own selection and risk tolerance.
- (هـ) تقوم متلايف بالاستثمار في صندوق الاستراتيجية المحافظة خلال فترة الدفع الأولى وفي استراتيجيات الاستثمار الأخرى التي قمت باختيارها لاحقاً. وسوف تعكس قيم حساب الوثيقة الخاصة بي أداء وحدات الاستثمار التي أختارها. أتفهم أنه لا يوجد ضمانات على أرباح/ دخل الحساب الفرعي لأنه من الممكن أن تزيد وحدة الاستثمار التي اخترتها أو تنقص، ومن المرجح أيضاً أن تتقلب اعتماداً على أداء السوق الفعلي لهذه الوحدات. و أقر أيضاً أن تخصيص أقساطي/ مساهماتي في الاستراتيجيات الاستثمارية للوثيقة هو حسب اختياري و مدى تحملي للمخاطر
- (f) I understand that, all future Contributions / Premiums will be allocated as indicated above unless MetLife is notified otherwise and that future Contributions are subject to a minimum and maximum amounts as determined by MetLife from time to time.
- (و) أدرك أنه سيتم تخصيص جميع المساهمات/ الأقساط المستقبلية كما هو مبين أعلاه ما لم يتم إخطار متلايف بخلاف ذلك و أن المساهمات المستقبلية تخضع للحد الأدنى و الأقصى للمبالغ التي تحددها متلايف من وقت لآخر.
- (g) I understand that the Investment Strategies and Investment Subaccounts offered are subject to MetLife's ability to invest in international mutual funds or investment companies' shares or any other non-local currency denominated investment vehicles. I further understand that MetLife may from time to time make other Subaccounts available and has the right to change, add or delete designated investment companies, to add or remove Subaccounts, and to combine any two or more Subaccounts. In the event that I fail to respond, within the stipulated time, to MetLife's notice of any modification discontinuance or unavailability of particular investment strategies or subaccount, I hereby authorize MetLife at its sole discretion, to re-allocate the value of the discontinued or unavailable subaccounts into an available subaccount under the lower risk strategy as determined by MetLife at the time and to maintain my allocation in any modified subaccount.
- (ز) أتفهم أن إستراتيجيات الإستثمار و حسابات الإستثمار الفرعية المطروحة تخضع إلى قدرة متلايف على الإستثمار في صناديق الإستثمار العالمية أو في أسهم شركات الإستثمار أو في أية أدوات إستثمار تعتمد عملة غير العملة المحلية. كما أتفهم أن متلايف قد تقوم من وقت لآخر بتوفير حسابات فرعية أخرى، و لها الحق بإضافة أو إلغاء صناديق الإستثمار المختارة أو بإضافة أو إلغاء أي حساب إستثمار فرعي أو دمج إثنين أو أكثر من حسابات الإستثمار الفرعية. وفي حال إخفاقي عن الإجابة خلال الفترة المحددة، على إشعار متلايف الذي تبلغني فيه بأية تعديلات، أو توقف أو عدم توفر أية إستراتيجية إستثمار أو حساب إستثمار فرعي. فأني أفوض متلايف و بموجب هذا الطلب، بإعادة توزيع المبالغ العائدة للحساب الفرعي المتوقف أو الغير متوفر، و ذلك وفقاً لتقدير متلايف الخاص، إلى حساب فرعي متوفر ضمن إستراتيجية الإستثمار الأقل خطراً و المتوفرة في ذلك التاريخ و بالمحافظة على توزيعي في أي حساب فرعي تم تعديله.
- (h) I understand and agree that in the execution of any investment strategy under the Policy, MetLife may at its own discretion in its own name contract the services of affiliated or non affiliated third party service providers including but not limited to investment companies, fund managers, custodians, distributors of shares / accounts, brokers, fund administrators and providers of electronic platforms and solutions. I understand and agree that I will have no right of action or any other rights under these contracts against the service providers and that, save for gross negligence in selecting the providers, MetLife will not be responsible for any direct or indirect losses or damages incurred by me under this Policy resulting from the providers' breach of their contractual obligations or negligence or misconduct in performing their duties or under any other cause.
- (ح) أتفهم ووافق على أن في تنفيذ أي استراتيجية استثمار تحت هذه البوليصة، يمكن لمتلايف ووفقاً لتقديرها الخاص، واسمها الخاص أن تتعاقد مع أجل الخدمات مع مقدموا خدمات أطراف ثالثة تابعين لها أو غير تابعين لها، بما في ذلك ولكن لا يقتصر على شركات استثمار ومديري الصناديق الاستثمارية، وأمناء الحفظ، توزيع الاسهم/ الحسابات، ووسطاء التأمين، ومديري الصناديق الاستثمارية ومقدمي الحلول و البرامج الالكترونية. أتفهم ووافق على انه لا يحق لي بموجب هذا العقد ملاحقة او مطالبة التعويض من مقدمي الخدمات، وأنه باستثناء عن الإهمال الجسيم في اختيار مقدمي الخدمات، لن تكون متلايف مسؤولة عن أي خسائر مباشرة أو غير مباشرة أو أضرار تكبدتها بموجب هذه البوليصة الناتجة عن خرق مقدمي الخدمات لالتزاماتها التعاقدية أو إهمال أو سوء في أداء واجباتهم أو تحت أي سبب آخر.
- (i) I fully understand that with respect to the first contribution, the number of investment units and their respective value in the Company Conservative Fund( CCF) will be allocated within 30 days from the date the Policy is delivered and the full contribution is duly received and cleared by MetLife.
- (ط) أنا على علم تماماً فيما يتعلق بالمساهمة الأولى في رقم وحدات الاستثمار وقيمة كل واحد منها في صندوق حفظ الأموال.
- سوف تكون في غضون ٣٠ يوماً من تاريخ تسليم بوليصة التأمين والمساهمة الكاملة بتبني استلامها وإلقائها عن طريق الشرفة.

- (ي) في حالة إصدار بوليصة ذات شروط تغطية و/أو معدلات بوليصة مختلفة عن شروط التغطية و/أو معدلات البوليصة الواردة في الطلب المقدم من قبلي، فإنه يتم تعليق هذه البوليصة إلى أن تتلقى متلايف موافقتي الخطية على شروط التغطية و/أو أسعار البوليصة الجديدة التي تعرضها متلايف.
- (لد) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع ضريبة الدخل وذلك بالنابة عني و/أو بالنابة عن المستفيد/ المستفيدين و الناتجة عن الأرباح المحققة على الإستثمارات التابعة لإستراتيجيات الإستثمار المختارة. و أيضاً إقتطاع ضريبة الدخل على أية دفعات متوجهة لمالك البوليصة و/أو لأي من المستفيد/ المستفيدين بموجب هذه البوليصة.
- (ل) أتفهم أن جميع المساهمات و الأقساط خاضعة للقوانين و الأنظمة المتعلقة بغسيل الأموال.
- (م) أقر بأن جميع التصريحات والاجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أي استبيانات أو تعديلات هي كاملة وحقيقية وتفيد جميع الفرقاء المعنيين في البوليصة هنا والمقدم هذا الطلب لاجلهم.
- (ن) أتفهم أن أي اجابة أو إفادة غير صحيحة أو التكتم عن إعطاء معلومات هامة قد تؤدي إلى إبطال وإلغاء البوليصة.
- (س) بموجب هذا الطلب فإنني أعفي كل طبيب و / أو مستشفى و / أو عيادة و / أو شركة تأمين و / أو مؤسسة أخرى لديها سجلات أو معلومات عني و / أو عن أفراد عائلتي المقدم الطلب بشأنهم (إن وجد) من موجب السرية المهنية وأجيز لهؤلاء الاشخاص و/أو الهيئات إعطاء متلايف جميع المعلومات وصور عن السجلات المتعلقة بي و/أو بأفراد عائلتي المقدم طلب تأمين عنهم العائدة للصحة و / أو التاريخ الطبي و / أو إقامة في المستشفى و / أو استشارة طبية، تشخيص، علاج، مرض و/أو علة. كما وأني أفوض متلايف بالحصول - من أي مصدر تراه مناسباً - على أية معلومات تتعلق بوضعي المالي و/أو المهني و/أو الشخصي وتبادل هذه المعلومات، بالإضافة الى اية معلومات متعلقة بأية سوابق في قيادتي للسيارات. وتكون أي صورة ضوئية من هذا التفويض صالحة كنسخة طبق الأصل.
- (ع) تحويل البيانات: أنت تمنحنا موافقة صريحة لتحويل ومشاركة بياناتك الشخصية الى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركتنا في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعنا، شركائنا الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركائنا في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما نعتقد بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم ل (أ) تنفيذ التزاماتنا بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدتنا في تطوير منتجاتنا وأعمالنا، (ج) تحسين تجربة العملاء لدينا، (د) للإلتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للإلتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لنا.
- \*البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء كانت «شخصية» أم لا) والتي قمت باعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، حالاتي الطبية، والعلاجات والوصفات الطبية، والأعمال التجارية، والعمليات، وتفصيل الاتصال والأرصدة / وأنشطة الحساب أو أي معاملات قامت بها متلايف.
- (ف) 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 الوثيقة 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 يعرض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين نافذة.
- (ج) A Policy issued with coverage terms and / or policy rates different from the coverage terms and / or policy rates requested in my application, shall be suspended until MetLife receipt of my written approval of the new coverage terms and / or policy rates offered by MetLife.
- (ك) 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.
- (ل) I understand that all contributions to the plan are subject to any applicable anti-money laundering rules and regulations that may be in place.
- (م) 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.
- (ن) I understand that incorrect statements or answers, or failure to disclose any material fact, may invalidate the contract.
- (و) I hereby exonerate any Physician and / or Hospital and / or Clinic and / Insurance Company and / or other Organization that has any records or knowledge of me and / or my family members proposed for insurance (if any) from professional secrecy and hereby authorize such person(s) and / or entity to give to MetLife any and all information about me and / or my family members proposed for insurance and copy of records with reference to health and / or medical history and / or any hospitalization, medical advice, diagnosis, treatment disease and / or ailment. I also authorize MetLife to obtain and share, from any source it deems appropriate, information concerning my financial and / or professional and / or personal status, as well as information related to my driving history. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.
- (پ) Data Transfer: You hereby give Us unambiguous consent, to process, share, and transfer Your personal data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to Our Headquarters in the USA, Our branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where we believe that the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of the Policy; (ii) assisting Us in the development of our business and products; (iii) improving Our 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 Us.
- \*Personal Data means all information relating to me (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, account balances/activities or any transactions undertaken with MetLife."
- (ق) 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.

(r) 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.

(ص) أوافق على أن ترسل لي متلايف الإخطارات والإشعارات عن طريق خدمة الرسائل القصيرة على الهاتف الخليوي، كما و أوافق على أن أتلقى هذه الرسائل القصيرة وأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الرسائل القصيرة سيتم إرسالها دون انقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو انقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لإنشاء أية مسؤولية على متلايف. وأتعهد بأنني لن أبأشر بإقامة أي دعوى أو مطالبة ضد متلايف من جراء أي خطأ أو انقطاع للرسائل القصيرة لأي سبب من الأسباب من جراء استقبال/عدم استقبال الرسائل القصيرة.

#### CRS Declaration (To be filled by Account holder)

#### التصريحات CRS (تعباً من قبل صاحب الحساب)

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.

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

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

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

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

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

#### Reason A

The country/jurisdiction where the Account Holder is resident does not issue TINs to its residents

#### السبب أ

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

#### 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

#### السبب ب

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

#### 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)

#### 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).

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"، يُرجى التوضيح If Reason B Selected, please explain
1.			
2.			
3.			

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.

أقر بأنني أتفهم أن المعلومات التي تقدمت بها مضمولة 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 provided 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.

كما أقر بأنه ربما يتم تقديم المعلومات المضمنة في هذا النموذج وكذلك المعلومات التي 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.

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.

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

#### Declaration

#### تصريح

I declare that all statements made in this declaration are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.

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

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.

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 مناسيبين 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):

لدى تقديم طلب الحصول على التأمين المبين في هذا النموذج ، وعند التوقيع على هذا الطلب فإن مقدم / مقدمون الطلب يشهد/يشهدون بأن المؤمن عليه، طالب التأمين و المستفيدين:

(select the answer that applies)

(حدد الإجابة التي تنطبق)

هم  
Are

ليسوا  
Are Not

من حاملي الجنسية الأمريكية و ذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية<sup>(1)(2)</sup>  
United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes<sup>(1)(2)</sup>

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.

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 البوليصة لشخص أمريكي خاضع لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية.

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

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

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

إذا كنت من حاملي الجنسية الأمريكية، املئ التفاصيل أدناه:

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بطلب التأمين 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):**

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.

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 باحتساب 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.

**Foreign account tax compliance act (FATCA) Declaration:****قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية:**

The Insured / Owner consents to MetLife, its officers and agents disclosing any Confidential Information to:

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

- (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).

- (i) أي عضو مجموعة وممثلي "متلايف" في أي إقليم أو دولة كانت (معا مع متلايف الأطراف المسموح لهم)؛
- (ii) 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،
- (iii) المستشارين المهنيين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونون تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،
- (iv) أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلايف بموجب هذه بوليصة (أو أي وكيل أو مستشار لأي من ما سبق).

"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).

المعلومات السرية: تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/المالك (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/المالك (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال، رقم الهوية الضريبية/ رقم الضمان الاجتماعي، أرصدة الحسابات/ الأنشطة أو أي معاملات جارية مع متلايف).

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

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

تحتفظ متلايف بالحق في إنهاء البوليصة بإرادتها المنفردة إذا لم يقدم المؤمن عليه/المالك المستندات المبنية لوضعه وما إذا كان خاضعاً 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 البوليصة إذا ما كانت القوانين أو اللوائح المحلية تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب البوليصة أو تمنع الإفصاح عن معلومات تتعلق بالبوليصة، ولم يتم الحصول على الموافقات اللازمة للاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

By providing your E-mail address and signing this application you 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"]. Please be aware that having chosen this electronic means of sending or receiving information & Documents, it is your responsibility to ensure that the E-mail address you have provided us in this application is correct at all times, and that it is your responsibility to inform MetLife immediately should your E-mail address changes or should you cease to receive the Documents. You agree that all information & Documents sent to or received from your E-mail address as stated in this application will be considered valid and originated from you or sent to you personally.

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.com/about/privacy](http://www.metlife.com/about/privacy) 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.

من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك و توقيع هذا الطلب , فإنك توافق على استلام وثيقة التأمين, شهادة التأمين و/أو أي مستندات أخرى وأن تقوم بإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بوثيقة التأمين إلى متلايف ("المستندات") عن طريق البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). يرجى العلم بأنه لدى اختيارك لاستلام أو إرسال المستندات من خلال البريد الإلكتروني, فأنت مسؤول عن إبقاء عنوان بريدك الإلكتروني الذي قدمته لنا في هذا الطلب صحيحاً في جميع الأوقات, كما تكون مسؤول دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني أو توقفك عن استلام المستندات. أنت توافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسله أو المستلمه من خلال بريدك الإلكتروني الذي قدمته لنا في هذا الطلب سوف يتم اعتبارها صحيحة وصادرة عنك أو مستلمة من قبلك شخصياً.

متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامك للبريد الإلكتروني لأسباب عدم صلاحية العنوان أو أية أخطاء مرتبطة بالبريد الإلكتروني الخاص بك.

إذا كنت ترغب في تغيير عنوان بريدك الإلكتروني لدى متلايف, أو إذا كنت ترغب في الحصول على نسخة من المستندات, أو إذا كنت تعتقد أنك لم تستلم المستندات الخاصة بك, يرجى اعلامنا فوراً.

من خلال توقيعك لهذا الطلب, فأنت تقر وتوافق على أنه في حال رغبتك في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً, فإنه من واجبك تقديم مستند خطي يفيد برغبتك بإلغاء هذا التفويض .

أيضاً, من خلال توقيعك لهذا الطلب, فإنك تقر باطلاعك على و فهمك لسياسة الخصوصية و شروط الاستخدام الخاصة بمتلايف و المتوفرة على الموقع الإلكتروني [www.metlife.com/about/privacy](http://www.metlife.com/about/privacy) وأنت ستقوم بمراجعة شروط الاستخدام و بيان الخصوصية الخاص بمقدمي الخدمات الذين تقوم متلايف بالتعامل معهم.

أنت تدرك أيضاً بأنه على الرغم من أن متلايف تقوم باتخاذ كافة الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء, إلا أن متلايف لا يمكن أن تضمن سلامة المعلومات الخاصة بك.

بموجب هذا الطلب فإنك توافق على تقديم عنوان بريدك الإلكتروني ليتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بمتلايف وتقر بقبولك للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

## Disclaimer

## إبراء المسؤولية:

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."

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

- 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 cases 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 maybe)."

تطبيق الشروط والأحكام. إن بوليصة التأمين هذه تم إعدادها من قبل متلايف وتخضع التغطية التأمينية التي توفرها هذه البوليصة في جميع الأوقات للشروط والأحكام الواردة في عقد البوليصة الصادر عن متلايف. يتحمل حامل البوليصة 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 البوليصة, كما أن البنك غير مسؤول عن سداد أية مطالبات أو خدمات بموجب عقد البوليصة الصادر عن متلايف.

"من المتفق عليه والمفهوم أن هذه البوليصة مبيعة وفقاً لقوانين دولة الإصدار يتعين على صاحب البوليصة 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 البوليصة وأي تبعات ضريبية لها بموجب القوانين السارية في دولة الإختصاص الذي يتبع لها حامل البوليصة أو قد يتبع لها أثناء فترة سريان البوليصة."

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

- 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 منك توجيهات خطية منك بخلاف ذلك.
- 2) في حال تعيينك لمستفيد واحد ووفاة هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته, سنقوم بدفع مبلغ التأمين الى ورثة المؤمن عليه.
- 3) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين الى ورثة المؤمن عليه. إن الحق في تعيين, فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في طالب التأمين/حامل وثيقة التأمين (بحسب ما ينطبق)

الشخص المطلوب التأمين عليه  
Name of Proposed Insured

الإسم الكامل بخط يده / يدها  
Full Name in his / her own handwriting

التوقيع  
Signature

X

الشخص المؤمن عليه المشارك  
Name of Joint Insured

الإسم الكامل بخط يده / يدها  
Full Name in his / her own handwriting

التوقيع  
Signature

X

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

X

وقعت في  
Signed at

دولة  
Place

مدينة / بلد  
City/Country

دولة  
Place

في  
on this

D

D

من شهر  
day of

M

M

عام  
20

Y

Y

اسم البنك  
Name of IFA

### Witness / Representative

الشاهد / ممثل البنك

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

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

اسم الشاهد  
Name of Witness

D

D

M

M

Y

Y

Y

Y

التوقيع  
Signature

X

[metlife-gulf.com](http://metlife-gulf.com)

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](http://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](http://www.metlife-gulf.com).

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 وتنبؤاً متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [www.metlife.com](http://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 الى برامج وخدمات التقاعد والادخار للأفراد والشركات.

لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة: [www.metlife-gulf.com](http://www.metlife-gulf.com)



MetLife | Kuwait  
© 2018 METLIFE, INC.