

عيش الحياة - الكويت Live Life - Kuwait



IFA Application Form نموذج طلب IFA

رقم الوثيقة
Policy No.

اسم IFA
IFA Name

الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح

► Please use BLOCK CAPITAL LETTERS to fill in the form

اسم المستشار المالي
Financial Advisor Name

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

1. التصريحات للشخص المطلوب التأمين عليه (كما موضح 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 مطلق / 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 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.

المهنة Occupation

المسمى الوظيفي
Employment Status موظف Employee صاحب العمل Self-employed

الموقع الوظيفي
Position / Title

إسم 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 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 (1)
Source (1)

الدخل السنوي
Annual Income

مصدر الدخل (2)
Source (2)

الدخل السنوي
Annual Income

مصدر الدخل (3)
Source (3)

الدخل السنوي
Annual Income

تفاصيل البنك الشخصية Personal Banking Details

اسم البنك
Name of the Bank

العنوان
Address

عنوان العمل الحالي Current Business Address

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 - رمز المنطقة
Country Code - Area Code

البريد الإلكتروني
E-mail

Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي

الدولة Country	<input type="text"/>	الامارة/المدينة 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. Applicant / Owner Details

٢. تفاصيل عن مقدم الطلب / المالك

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

(إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه - كما موضح في الوثائق الرسمية)

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

الهوية Identification

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"/> أرملة 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"/>
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------

صلة القرى بالشخص المطلوب التأمين عليه Relationship to Proposed Insured	<input type="text"/>
---	----------------------

الإقامة * Residency*

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

* "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.

المهنة Occupation

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

الدخل Income

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

السنة الحالية Current Year	<input type="text"/>	السنة 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	<input type="text"/>	العنوان Address	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة Country	<input type="text"/>	الامارة/المدينة 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"/>	الامارة/المدينة 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"/>

3. Send Correspondence To

<input type="checkbox"/> مكان الإقامة Residence	<input type="checkbox"/> مكان العمل Work	<input type="checkbox"/> آخر Other	يرجى الشرح إذا اخترت آخر If Other, please provide	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

4. Assets & Liabilities

For Personal Coverage. Please detail the Policy Owner personal assets and liabilities.

لتغطية التأمين الشخصي. يرجى ذكر الأصول والديون الشخصية الخاصة بالشخص المطلوب التأمين عليه بالتفصيل.

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

لتغطية تأمين الأعمال. يرجى ذكر الأصول والديون الخاصة بالأعمال بالتفصيل.

الأصول (بالقيمة السوقية)

Assets (at market value)

النقدية بالمصارف Cash in Bank(s)	<input type="text"/>	\$
أوراق مستحقة القبض Notes Receivable	<input type="text"/>	\$
حسابات مدينة Accounts Receivable	<input type="text"/>	\$
عقارات Real Estate	<input type="text"/>	\$
أسهم و سندات (غير مدرجة في القيمة النقدية أعلاه) Stocks and Bond (not included in cash above)	<input type="text"/>	\$
ممتلكات شخصية (سيارات، أثاث، مجوهرات و غيرها) Personal Property (auto, furniture, jewelry, etc)	<input type="text"/>	\$
القيمة النقدية للتأمين على الحياة Cash Value Life Insurance	<input type="text"/>	\$
أصول أخرى (يرجى ذكرها) Other Assets (Please define)	<input type="text"/>	\$
الإجمالي Total	<input type="text"/>	\$

الديون Liabilities

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

5. Personal / Business Banking References

البنك Bank	<input type="text"/>	العنوان Address	<input type="text"/>
البنك Bank	<input type="text"/>	العنوان Address	<input type="text"/>
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؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
If 'no', please explain	<input type="text"/>		إذا كانت الإجابة "لا"، يرجى التوضيح

6. Financial Disclosures

Are there any suits pending or judgements against you at this time?	نعم YES	لا NO	هل توجد دعاوى قضائية أو أحكام معلقة ضدك في هذا الوقت؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
If 'yes', please provide complete details	<input type="text"/>		إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح

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.

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.

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.

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.

7. Purpose of Insurance (tick as applicable)

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

Basic Plan of Insurance:

برنامج التأمين الأساسي :

Currency	<input type="checkbox"/> دولار أمريكي USD	<input type="checkbox"/> جنيه استرليني GBP	<input type="checkbox"/> يورو EURO	<input type="checkbox"/> درهم إماراتي AED	العملة
Amount of insurance (for Proposed Insured)	<input type="text"/>				مبلغ التأمين (للشخص المطلوب التأمين عليه)
Duration	<input type="text"/>				مدة التأمين
Accelerated Critical Illness with Accelerated Terminal Illness Benefit	Coverage Amount <input type="text"/> مبلغ التأمين <input type="text"/>				المنفعة المعجلة للمرض المستعصي مع المنفعة المعجلة لمرض العضال
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
Modal Premium	<input type="text"/>				القسط الدوري

Details of Payment:

تفاصيل الدفع:

Is the policy owner making the payments from their own funds?	<input type="checkbox"/> نعم YES	<input type="checkbox"/> لا NO	هل يقوم مالك الوثيقة بإجراء الدفعات من أمواله الخاصة؟
If No, please proceed to complete the "Third Party Payor" Form separately	إذا كانت الإجابة "لا"، فالرجاء المتابعة لاستكمال نموذج "الطرف الثالث للدفع" بشكل منفصل		
If Yes, please proceed to complete the below details:	إذا كانت الإجابة "نعم" يرجى المتابعة لاستكمال التفاصيل التالية:		
Kindly provide your bank account details, which you will be using to pay the premium	يرجى تقديم تفاصيل حسابك المصرفي، والتي سوف تستخدم لدفع القسط		
Note: All cheques must be made payable to "MetLife or American Life Insurance Company Only".	ملاحظة: يجب أن تكتب جميع الشيكات لتكون مدفوعة إلى "متلايف أو أميركان لايف إنشورنس كومباني فقط".		

Bank Name:	<input type="text"/>	إسم البنك:
Bank branch and address:	<input type="text"/>	فرع البنك و العنوان:
Country:	<input type="text"/>	البلد:
Account name	<input type="text"/>	إسم صاحب الحساب
Account number	<input type="text"/>	رقم الحساب

الحساب المصرفي الدولي (ملاحظة: إعتقاداً على منطقتك، قد لا تحتاج إلى استخدام جميع خانات رقم الحساب المصرفي الدولي)

IBAN number (Note: depending on your region, you may not need to use all IBAN boxes)

ملاحظة: يرجى تضمين قسم تفاصيل الحساب في نموذج الطرف الثالث للدفع لكل من الأفراد والشركات:

Note: Please incorporate the account details section in the Third Party Payor Form for both Individual and Corporate:

Supplementary Contracts (all amounts in words)		العقود الإضافية (جميع المبالغ بالأحرف)	
<input type="checkbox"/> الإعفاء من الاقساط في حالة العجز WP Disability	<input type="text"/>	المدة Duration	<input type="text"/> سنة years
<input type="checkbox"/> PTD	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> العجز الكلي الدائم	
<input type="checkbox"/> Passive War Risk	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> مخاطر الحرب السلبية	

Supplementary Benefits:

<input type="checkbox"/> عناية الحوادث (الرجاء تحديد مبلغ التغطية) Accident Care (Specify Coverage Amount)		
البرنامج Plan	تعويض فقدان الحياة بحدوث، تعويض فصل الأعضاء، فقدان البصر، السمع والنطق (على نطاق واسع) والعجز الكلي الدائم Loss of Life Accident Indemnity, Dismemberment, Loss of Sight, Hearing, Speech Indemnity (Long Scale) & Permanent Total Disability	إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث Accident Medical Expense Reimbursement
مبلغ التغطية (بالأرقام) Coverage Amount (in Figures)		

<input type="checkbox"/> عناية الاستشفاء (الرجاء تحديد مبلغ التغطية) Hospital Care (Specify Coverage Amount)			
البرنامج Plan	تعويض العجز الكلي الدائم نتيجة مرض Permanent Total Disability Due to Sickness	الدخل عن الاستشفاء نتيجة لحادث أو مرض Accident & Sickness In-Hospital Income	المصاريف الجراحية في المستشفى نتيجة لحادث أو مرض Accident & Sickness In-Hospital Surgical
مبلغ التغطية (بالأرقام) Coverage Amount (in Figures)			

<input type="checkbox"/> برنامج مدى الحياة (حادث أو مرض نتيجة العجز الدائم الجزئي + العجز الدائم الكلي) منفعة شهرية Forever Supplementary Contract (PPD/PTD due to accident or sickness) Monthly Benefit						
(بالدولار الأمريكي) USD	<input type="checkbox"/> 3,000	<input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 1,500	<input type="checkbox"/> 1,000	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 250
(جنيه استرليني) GBP	<input type="checkbox"/> 1,800	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 900	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 150
(يورو) EURO	<input type="checkbox"/> 2,400	<input type="checkbox"/> 1,600	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 800	<input type="checkbox"/> 400	<input type="checkbox"/> 200
(درهم إماراتي) AED	<input type="checkbox"/> 12,000	<input type="checkbox"/> 8,000	<input type="checkbox"/> 6,000	<input type="checkbox"/> 4,000	<input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 1,000

<input type="checkbox"/> PAL Supplementary Contract (USD) العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (دولار أمريكي)					
If applied for, please tick the selected plan:	البرنامج المتميز Executive Plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج المختار بوضع <input checked="" type="checkbox"/>
a) AD & D, PTD - 24 Hour coverage	150,000	100,000	50,000	25,000	(أ) تعويض الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار 24 ساعة)
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	450,000	300,000	150,000	75,000	(ب) تعويض الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً
b) Accident Medical Expense Reimbursement	10,000	6,000	5,000	2,500	(ج) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث
Optional with a & b only c) Weekly Indemnity* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	500	300	200	100	إختياري مع (أ) و (ب) فقط (د) التعويض الأسبوعي* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (* يجب أن لا يتجاوز 75% من الراتب الأسبوعي المكتسب)

<input type="checkbox"/> PAL Supplementary Contract (GBP)					العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (جنيه استرليني)
If applied for, please tick the selected plan:	البرنامج المتميز Executive Plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج المختار بوضع <input checked="" type="checkbox"/>
a) AD & D, PTD - 24 Hour coverage	90,000	60,000	30,000	15,000	أ) تعويض الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار ٢٤ ساعة)
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	270,000	180,000	90,000	45,000	ب) تعويض الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً
b) Accident Medical Expense Reimbursement	6,000	3,600	3,000	1,500	ج) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث
Optional with a & b only c) Weekly Indemnity* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	300	180	120	60	إختياري مع أ) و ب) فقط د) التعويض الأسبوعي* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (*يجب أن لا يتجاوز ٧٥% من الراتب الأسبوعي المكتسب)

<input type="checkbox"/> PAL Supplementary Contract (EURO)					العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (يورو)
If applied for, please tick the selected plan:	البرنامج المتميز Executive Plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج المختار بوضع <input checked="" type="checkbox"/>
a) AD & D, PTD - 24 Hour coverage	120,000	80,000	40,000	20,000	أ) تعويض الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار ٢٤ ساعة)
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	360,000	240,000	120,000	60,000	ب) تعويض الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً
b) Accident Medical Expense Reimbursement	8,000	4,800	4,000	2,000	ج) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث
Optional with a & b only c) Weekly Indemnity* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	400	240	160	80	إختياري مع أ) و ب) فقط د) التعويض الأسبوعي* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (*يجب أن لا يتجاوز ٧٥% من الراتب الأسبوعي المكتسب)

<input type="checkbox"/> PAL Supplementary Contract (AED)					العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (درهم)
If applied for, please tick the selected plan:	البرنامج المتميز Executive Plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج المختار بوضع <input checked="" type="checkbox"/>
a) AD & D, PTD - 24 Hour coverage	600,000	400,000	200,000	100,000	أ) تعويض الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار ٢٤ ساعة)
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	1,800,000	1,200,000	600,000	300,000	ب) تعويض الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً
b) Accident Medical Expense Reimbursement	40,000	24,000	20,000	10,000	ج) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث
Optional with a & b only c) Weekly Indemnity* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	2,000	1,200	800	400	إختياري مع أ) و ب) فقط د) التعويض الأسبوعي* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (*يجب أن لا يتجاوز ٧٥% من الراتب الأسبوعي المكتسب)

9. Beneficiaries for Proposed Insured

٩. المستفيدين للشخص المطلوب التأمين عليه

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

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

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

نعم
YES

لا
NO

١٠. هل يوجد لدى الشخص المطلوب التأمين عليه و / أو المؤمن عليه المشارك و / أو المالك أية 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 الوثيقة Policy No.	الشركة Company	مبلغ التغطية Coverage Amount	تاريخ النفاذ Effective Date	الحالة Status	القسط السنوي Annual Premium	حياة/ تأمين جماعي life / PA / Group

11. General Questions

(Apply to all Proposed Insured/s in this application)

١١. التصريحات العامة
(تشمل التصريحات كافة الأشخاص 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
YES

لا
NO

١. هل رفض لك طلب تأمين حياة أو حوادث شخصية أو صحي، 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 الإجابة "نعم" الرجاء إعطاء التفاصيل.

If 'yes', give details below.

2. Is/Are the Proposed Insured/s 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 الشخص / الأشخاص المطلوب التأمين عليه / عليهم عضوا في أي قوات مسلحة، أو هل تمارس أو تنوي المشاركة 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 الاستبيان المناسب.

If 'yes', give details below.

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

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

نعم
YES

لا
NO

٣. (أ) هل قمت بالسفر خلال ١٢ شهراً الماضية؟
إذا كانت الإجابة نعم الرجاء تحديد الدولة، سبب الزيارة، المدة وتفاصيل كل رحلة في الجدول المبين أدناه.

اسم الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured's Name	الدولة Country	المدينة City	تاريخ السفر التقريبي 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?

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

نعم
YES

لا
NO

(ب) هل تنوي الإقامة في أي دولة خارج مكان إقامتك الحالية خلال ١٢ شهراً القادمة؟
إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء تحديد الدولة، سبب الزيارة، المدة وتفاصيل كل رحلة في الجدول المبين أدناه.

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

12. Health Details

(to be completed by all Proposed Insured/s if any rider is selected) Please provide complete and correct answers irrespective of how important they might appear.
If a question is answered 'yes', please provide complete details below.

١٢. 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*

هل لديك طبيب شخصي أو طبيب العائلة؟ إذا كانت الإجابة «نعم» الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه:

(a) Do you have any personal or family doctor? If 'yes', please state details on the table below: نعم لا
Yes No

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					
المالك Owner					

(b) الشخص المطلوب التأمين عليه
Proposed Insured
المالك
Owner

الطول قدم إنش أو سم
Height ft. in. or cm.

الوزن باوند أو كغ
Weight lbs. or kg.

تفاصيل عن الشخص المدخن
(c) Smoker's details

	الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	المالك Owner
هل تستخدم أو تدخن أي نوع من التبغ ، السجائر ، السيجار، الشيشة ، السجائر الإلكترونية، و أو مضغ التبغ؟ Do you use or smoke any type of tobacco, cigarettes, pipe, shisha, e-cigarettes, vape, or chew tobacco?	نعم Yes	
	لا No	
النوع Type		
إذا كانت الإجابة نعم، أذكر If 'Yes', the above, indicate the	العدد في اليوم Quantity per day	
إذا كانت 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)؟ If currently you are not using or smoking a tobacco product, have you ever smoked or used any type of tobacco (cigarettes, cigar, pipe, shisha, e-cigarettes, vape, chewing tobacco)?	نعم Yes	
	لا No	
ما النوع الذي اعتدت تدخينه؟ What type you used to smoke?		
ما الكمية التي كنت تدخينها في اليوم؟ The quantity you used to smoke per day?		
ما طول المدة التي كنت تدخن فيها؟ How long did you smoke?		
متى توقفت عن التدخين When did you stop smoking?		
إذا كانت الإجابة نعم، أذكر If "yes" to the above, indicate:	لماذا توقفت عن التدخين؟ Why did you stop smoking?	

لا نعم
No Yes

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؟

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 أي خلل أو اضطراب يتعلق بالغدد؟

c. Diabetes, high blood sugar, thyroid 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?

أمراض الكلى أو أية اضطرابات في الجهاز البولي أو التناسلي؟

e. Any kidney, urinary, or reproductive disorder?

الصرع، شلل، أو أية علة عصبية؟

f. Epilepsy, paralysis, or any other nervous disorder?

أي شكل من أشكال الاضطراب الدم أو مرض؟

g. Any form of blood disorder or disease?

الربو، السل أو أية اضطرابات تتعلق بالجهاز التنفسي أو الرئوي؟

h. Asthma, Tuberculosis, Respiratory, or lung disease?

أمراض عقلية، أية اضطرابات نفسية أو اكتئاب؟

i. 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؟

j. Any disease or disorder of the muscles, spine, joints, and limbs including loss of feeling or tremor?

الإدمان بأنواعه؟

k. Excessive consumption of alcohol, alcoholism, and drug abuse?

مرض، خلل في النظر، النطق أو السمع؟

l. Any disorder of sight, speech, or hearing?

أية أمراض وراثية أو خلقية؟

m. Any hereditary or congenital condition?

حالات مزمنة، علة أو أية إصابة لم يتم ذكرها أعلاه؟

n. Any chronic condition, infirmity, or injury not mentioned above?

هل تلقيت إستشارة طبية، أو علاج متعلق بالإيدز أو بمرض منقول جسدياً أو قيل أنك مصاب بأي منها، أو قمت بإجراء فحص للإيدز ودل على وجوده، أو تشكو من الحالات التالية ولازالت بدون تفسير، الإرهاق، نقص الوزن، الإسهال، أو آفات جلدية غريبة؟

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?

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?

(g) If 'yes', please state details on the table below:

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

*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						
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

تعليمات خاصة Special Request	
تظهرات الشركة فقط Company Endorsement Only	

Declarations التصريحات

- (a) I agree that no right to borrow, surrender or assign or other privilege of ownership may be exercised by a minor.
- (ب) أوافق أنه لا يجوز لأي قاصر ممارسة حق الإقتراض أو التنازل أو تحويل الملكية أو ممارسة غير ذلك من الإمتيازات التي تخولها الملكية.
- (b) 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:
- (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 المؤمن عليه المقترح (المؤمن عليهم المقترحين) 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:
- 1 - By Courier or registered mail to the correspondence address I opt for in my application form.
 - 1- عن طريق أحد مندوبي التوصيل أو بالبريد المسجل إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
 - 2 - By Authorized Representative to the correspondence address I opt for in my application form.
 - 2- من خلال ممثل مفوض إلى عنوان المراسلات الموضح في
- 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
- 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 المكملة المرفقة بها، إذا قامت متلايف بإصدارها ومتى قامت بهذا الإصدار وفقاً للطلب المقدم من قبلي. نموذج طلب التأمين.
- (c) 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".
- (ج) أتفهم أن قبول أي وثيقة مصدرة بموجب هذا الطلب تعتبر مصادقة على ما جاء بها من تصحيحات أو تعديلات قامت متلايف بإجرائها في القسم المعنون بـ) اعتماد الشركة فقط.
- (d) 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.
- (د) 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 وثيقة أو إيصال أو تغيير أي منها أو الإقرار بالأهلية للتأمين أو البت فيها لن يتم اعتماد أي تغيير إلا بعد موافقة المسؤول المخول من متلايف وتم تظهير الموافقة هنا أو تم إرفاقها.
- (e) 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.
- (هـ) 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.

- (f) 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's receipt of my written approval of the new coverage terms and / or policy rates offered by MetLife.
- (g) 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.
- (h) I understand that all contributions to the plan are subject to any applicable anti-money laundering rules and regulations that may be in place.
- (i) 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.
- (j) I understand that incorrect statements or answers, or failure to disclose any material fact, may invalidate the contract.
- (k) 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.
- (l) **Data Transfer:** 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.
- *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.
- (m) 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.
- (و) في حالة إصدار وثيقة ذات شروط تغطية و/أو معدلات وثيقة مختلفة عن شروط التغطية و/أو معدلات الوثيقة الواردة في الطلب المقدم من قبلي، فإنه يتم تعليق هذه الوثيقة إلى أن تتلقى متلايف موافقتي الخطية على شروط التغطية و/أو أسعار الوثيقة الجديدة التي تعرضها متلايف.
- (ز) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع ضريبة الدخل وذلك بالنسبة عني و/أو بالنسبة 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.
- (ح) أتفهم أن جميع المساهمات و الأقساط خاضعة للقوانين و الأنظمة المتعلقة بغسيل الأموال.
- (ط) أقر بأن جميع التصريحات والاجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أي استبيانات أو تعديلات هي كاملة وحقيقية وتقييد جميع الفرقاء المعنيين في الوثيقة هنا والمقدم هذا الطلب لاجلهم.
- (ي) أتفهم أن أي اجابة أو افادة غير صحيحة أو التكم عن إعطاء معلومات هامة قد تؤدي إلى إبطال وإلغاء الوثيقة.
- (ك) 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 كسسخة طبق الأصل.
- (ل) تحويل البيانات: أنا أُمَنح متلايف موافقة صريحة لتحويل و مشاركة بياناتي 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، شركاتنا الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركاتنا في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و مزودي الخدمات التي يكون من الضروري فيها نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية اللازمة (أ) تنفيذ التزاماتنا بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدتنا في تطوير منتجاتنا وأعمالنا، (ج) تحسين تجربة العملاء لدينا، (د) الإلتزام 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 باعطاها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، حالتي الطبية، والعلاجات والوصفات الطبية، والأعمال التجارية، والعمليات، تفاصيل الإتصال و أرصدة الحسابات / الأئشطة أو أي معاملات تتم مع متلايف.
- (م) أقر وأتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (٢) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً إسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (٣) 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 يُعَرِّض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين نافذة.

(n) 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.

(ن) 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 أباشر 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.

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 ، و عند التوقيع على هذا الطلب فإن مقدم/مقدمون الطلب يشهد/يشهدون بأن المؤمن عليه، مقدم الطلب 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⁽¹⁾
United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes⁽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.

و يوافق مقدم الطلب على إبلاغ الشركة/البنك الخاص بهم خلال ٣٠ يوماً من تاريخ معرفته بحصول أي تغيير في حال أصبح مقدم الطلب و/أو أي من المستفيدين المعنيين 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. تجدر الإشارة بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان خاطئ لشخص أمريكي الجنسية حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي إلى عقوبات بموجب القوانين 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.

إذا كنت من حاملي الجنسية الأمريكية، املئ التفاصيل ادناه:

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):

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 بضرورة 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 بضرورة 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 و أي صندوق إئتماني يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية.

E-mail Declaration

تصريح البريد الإلكتروني:

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 change 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.

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 مسؤولاً دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني أو توقفك عن استلام المستندات. أنت توافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسله أو المستلمة من خلال بريدك الإلكتروني الذي قدمته لنا في هذا الطلب سوف يتم اعتبارها صحيحة وصادرة عنك أو مستلمة من قبلك شخصياً.

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.

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

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.

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 إعلامنا فوراً.

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 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 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 بإطلاعك على و فهمك لسياسة الخصوصية و شروط الاستخدام الخاصة بمتلايف و المتوفرة على الموقع الإلكتروني www.metlife.com/about/privacy وأنت ستقوم بمراجعة شروط الاستخدام أو 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 وتقرّ 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."

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 المضمن 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 بالمطالبات 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. An incorrect or incomplete answer may invalidate the policy.

ملحوظة مهمة: قبل التوقيع على هذا الإقرار، يرجى التأكد من أن الإجابات الواردة في هذه الإستمارة مكتملة وصحيحة. إن الإجابات غير المكتملة وغير الصحيحة قد تبطل صلاحية هذه الوثيقة.

"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:** "مالم 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)."

- ١) في حال تعيينك لأكثر من مستفيد واحد: أ- إذا لم 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، مالم نستلم توجيهات خطية منك بخلاف ذلك.
- ٢) في حال تعيينك لمستفيد واحد ووفاة هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين إلى تركة المؤمن عليه.
- ٣) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين إلى تركة المؤمن عليه. إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في مقدم الطلب مقدم الطلب/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

X

التوقيع
Signature

إسم 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

X

التوقيع
Signature

وقعت في
Signed at

دولة
Place

مدينة / بلد
City/Country

في

on this

D

D

يوم
day

M

M

٢٠

Y

Y

Witness / Representative**الشاهد / ممثل البنك**

I certify that the information supplied by the Proposed Insured(s)/
Owner is true and complete 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 Consultant

D D M M Y Y Y Y

X

التوقيع
Signature

اسم البنك

Name of IFA

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.

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.

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

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



MetLife | Kuwait

© 2018 METLIFE, INC.

IFA-BNC-LL-APP-EA-KUW-0918-H