

# عيش الحياة Live Life

نموذج طلب تأمين  
I F A Application Form

## MetLife®

رقم الوثيقة  
Policy No.

لا يعتبر هذا الطلب صالحاً إلا عندما يتم تعبئته وتسليمه إلى المكتب الرئيسي.  
THIS FORM / RECEIPT IS VALID ONLY IF COMPLETED AND RECEIVED AT THE COMPANY'S BACK OFFICE.

▶ 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)

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

الإسم الأول  
First Name

إسم الوالد  
Middle Name

الشهرة  
Last Name

#### IDENTIFICATION الهوية

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)

#### 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

اسم الشركة  
Company Name

طبيعة المهام اليومية  
Exact Daily Duties

طبيعة العمل  
Nature of Business

#### INCOME الدخل

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

الحالية  
Current Year

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

#### PERSONAL BANKING DETAILS التفاصيل المصرفية الشخصية

اسم البنك  
Name of Bank

عنوان  
Address

#### CURRENT BUSINESS ADDRESS عنوان العمل الحالي

الدولة  
Country

المدينة/الامارة  
City / Town

ص. ب.  
P.O. Box

المنطقة/الشارع  
Area / Street

المبنى  
Building

شقة/فيلا رقم  
Flat / Villa No.

الهاتف  
Telephone

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. APPLICANT / OWNER DETAILS**

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

**٢. 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"/>
---------------------------	----------------------	---------------------------	----------------------	---------------------	----------------------

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

\* "الإقامة" هي الولاية التي تلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كقيم 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**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)	(١) مصدر الدخل Source (1)	<input type="text"/>	(٢) مصدر الدخل Source (2)	<input type="text"/>	(٣) مصدر الدخل Source (3)	<input type="text"/>

**PERSONAL BANKING DETAILS التفاصيل المصرفية الشخصية**

اسم البنك Name of Bank	<input type="text"/>	عنوان 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"/>

## 3. SEND CORRESPONDENCE TO

٣. عنوان المراسلات

<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. DETAILS OF LIFE INSURANCE &amp; SUPPLEMENTARY CONTRACTS APPLIED FOR

٤. تفاصيل التأمين على الحياة و العقود الإضافية :

## 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	العملة	
Amount of insurance (for Proposed Insured)	<input type="text"/>			مبلغ التأمين (للمؤمن عليه)	
Duration	<input type="text"/>			مدة التأمين	
Accelerated Critical Illness with Accelerated Terminal Illness Benefit	Coverage Amount	<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	

Amount paid with this application  Currency Paid  Credit Card authorization form  Cheque No.  Dated  Other 

Note: For Excess amount/refund (If any), please provide the following bank details:

IBAN / Account Number Swift Code  (If A/C is provided) Name of the Bank 

## SUPPLEMENTARY CONTRACTS (all amounts in words)

العقود الملحقة

<input type="checkbox"/> العجز WP Disability	<input type="text"/>	مدة for	<input type="text"/>	سنة years
<input type="checkbox"/> PTD	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Passive war risk	<input type="text"/>	مخاطر الحرب السلبية <input type="checkbox"/>		

## SUPPLEMENTARY BENEFITS:

العقود الإضافية :

A. <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 (الجدول الطويل) 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 Coverage Amount (in Figures)		

<input type="checkbox"/> <b>عناية الاستشفاء (الرجاء تحديد مبلغ التغطية)</b> <b>HOSPITAL CARE (Specify Coverage Amount)</b>			
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 Coverage Amount (in Figures)			

<input type="checkbox"/> <b>برنامج مدى الحياة</b> <b>FOREVER SUPPLEMENTARY CONTRACT (PPD/PTD DUE TO ACCIDENT OR SICKNESS)</b> 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

<input type="checkbox"/> <b>PAL SUPPLEMENTARY CONTRACT (USD)</b> <b>العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (دولار أمريكي)</b>					
PAL Supplementary Contract 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 بعادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار ٢٤ ساعة)
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	450,000	300,000	150,000	75,000	(ب) تعويض الوفاة بعادث، 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	(د) إختياري مع (أ) و (ب) فقط: الدخل الأسبوعي في حالة العجز نتيجة حادث * نعم <input type="checkbox"/> لا (لا تتعدى ٧٥% من دخلك الأسبوعي)

<input type="checkbox"/> <b>PAL SUPPLEMENTARY CONTRACT (GBP)</b> <b>العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (جنيه استرليني)</b>					
PAL Supplementary Contract 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 بعادث، 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 بعادث، 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	(د) إختياري مع (أ) و (ب) فقط: الدخل الأسبوعي في حالة العجز نتيجة حادث * نعم <input type="checkbox"/> لا (لا تتعدى ٧٥% من دخلك الأسبوعي)

<input type="checkbox"/> <b>PAL SUPPLEMENTARY CONTRACT (EURO)</b> <b>العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (يورو)</b>					
PAL Supplementary Contract 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 بعادث، 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 بعادث، 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	(د) إختياري مع (أ) و (ب) فقط: الدخل الأسبوعي في حالة العجز نتيجة حادث * نعم <input type="checkbox"/> لا (لا تتعدى ٧٥% من دخلك الأسبوعي)

## 5. BENEFICIARIES FOR PROPOSED INSURED

## ٥. المستفيدون 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			

\*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.

## 6. DOES THE PROPOSED INSURED AND / OR JOINT INSURED / OR OWNER HAVE ANY EXISTING INSURANCE?

نعم  
YES

لا  
NO

## ٦. هل يوجد لدى 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 الوثيقة Policy No.	الشركة Company	المبلغ Coverage Amount	القسط السنوي Annual Premium	حياة/حوادث / تأمين جماعي Life/PA

## 7. GENERAL QUESTIONS

(Apply for all Proposed Insured in this application)

## ٧. التصريحات العامة

(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  
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 اعطاء التفاصيل.

If yes, give details below.


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

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

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?

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 الإثني عشر شهرا القادمة؟ 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

(c) Does your job involve carrying valuables worth more than USD 50,000?

If yes, state:

نعم  
YES  
لا  
NO

(ج) هل تتضمن طبيعة عملك حمل أشياء ثمينة تتجاوز قيمتها الـ ٥٠,٠٠٠ دولار أمريكي؟ إذا كانت الإجابة نعم الرجاء تحديد:

نوع الأشياء الثمينة  
Nature of Valuable  
القيمة المادية  
Worth  
عدد المرات في السنة  
Frequency


8. HEALTH DETAILS

(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.

٨. التصريحات الطبية  
(تشمل 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:\*

نعم  
لا

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

(أ) هل لديك طبيب شخصي أو طبيب العائلة؟ 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 الاستشارة Reason / Symptoms	التشخيص Any diagnosis	ماذا كانت نصيحته Advice given
الشخص المطلوب التأمين عليه PROPOSED INSURED					
المالك OWNER					

(b) Proposed Insured

الطول  
Height

قدم  
ft.

أو إنش  
in.

أو  
or

سم  
cm.

الوزن  
Weight

باوند  
lbs.

أو  
or

كغ  
kg.

(ب) الشخص المطلوب التأمين عليه

Owner

الطول  
Height

قدم  
ft.

أو إنش  
in.

أو  
or

سم  
cm.

الوزن  
Weight

باوند  
lbs.

أو  
or

كغ  
kg.

المالك

(c) Smoker's details:

Do you use or smoke any type of tobacco cigarettes, cigar, pipe, shisha, chewing?.....

نعم  
لا  
YES  
NO

(ج) تفاصيل عن الشخص المدخن هل تدخن أو كنت تدخن أي نوع من أنواع التبغ كالسجائر، السيجار، الغليون، الشيشة أو بالمضغ؟.....

إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر

في اليوم  
per day

العدد

quantity

If yes, type

Non-smoker details:

If you are currently not using or smoking a tobacco product, have you ever smoked or used any type of tobacco (cigarettes, cigar, pipe shisha, chewing)? .....

نعم  
لا

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

المؤمن عليه Proposed Insured	المالك Owner	
What type did 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؟

- نعم لا  
YES NO
- (د) 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 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؟ .....
- (هـ) Have you ever had indication of, diagnosis of, treatment or surgery for:   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?   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?   ب. السرطان، النقروح الرخوة أو ورم؟ .....
- c. Diabetes, high blood sugar, thyroid disorder, or any endocrine disorder?   ج. السكري، ارتفاع نسبة السكر في الدم أو أي خلل أو اضطراب يتعلق بالغدد؟ .....
- d. Hepatitis or any other liver, pancreas, gallbladder, stomach, or intestinal disorder?   د. التهاب الكبد الوبائي أو أية مضاعفات في الكبد، البنكرياس، المرارة، المعدة أو الجهاز الهضمي؟ .....
- e. Any kidney, urinary, or reproductive disorder?   هـ. أمراض الكلى أو أية اضطرابات في الجهاز البولي أو التناسلي؟ .....
- f. Epilepsy, paralysis, or any other nervous disorder?   و. الصرع، شلل، أو أية علة عصبية؟ .....
- g. Any form of blood disorder or disease?   ز. أي شكل من أشكال الاضطراب الدم أو مرض؟ .....
- h. Asthma, Tuberculosis, Respiratory, or lung disease?   ح. الربو، السل أو أية اضطرابات تتعلق بالجهاز التنفسي أو الرئوي؟ .....
- i. Mental or psychiatric illness including anxiety and depression?   ط. أمراض عقلية، أية اضطرابات نفسية أو اكتئاب؟ .....
- j. Any disease or disorder of the muscles, spine, joints, and limbs including loss of feeling or tremor?   ي. مرض أو خلل في العضلات، العمود الفقري، المفاصل و الأطراف بما فيه فقدان الحواس أو عدم التوازن؟ .....
- k. Excessive consumption of alcohol, alcoholism, and drug abuse?   ك. الإدمان بأنواعه؟ .....
- l. Any disorder of sight, speech, or hearing?   ل. مرض، خلل في النظر، النطق أو السمع؟ .....
- m. Any hereditary or congenital condition?   م. أية أمراض وراثية أو خلقية؟ .....
- n. Any chronic condition, infirmity, or injury not mentioned above?   ن. حالات مزمنة، علة أو أية إصابة لم يتم ذكرها أعلاه؟ .....
- (و) 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 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؟ .....
- (ز) Has any member of your immediate family ever suffered or died from any of the conditions stated above?   هل أصيب أي من افراد عائلتك أو توفي نتيجة لأحد من الأمراض المذكورة أعلاه؟ .....
- If "Yes", please state details on the table below:

إسم المؤمن عليه Name of Insured	أفراد الأسرة Family Members	السن 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 الاستشارة 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

تطهيرات الشركة فقط  
Company Endorsement Only

## DECLARATIONS

## التصريحات

- (أ) 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.
- (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:
- ١- عن طريق أحد مندوبي التوصيل أو بالبريد المسجل إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
- ٢- من خلال ممثل مفوض إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين. تسليم الوثيقة بأي من الطرق المذكورة أعلاه وسداد المساهمة الأولى الخاصة بي بالكامل يعتبر قبولاً لكافة الشروط بما فيها تلك الواردة في ملحق مواصفات الوثيقة أو أي ملحق (ملاحق) آخر للوثيقة المذكورة والعقود المكملة المرفقة بها، إذا قامت متلايف بإصدارها ومتى قامت بهذا الإصدار وفقاً للطلب المقدم من قبلي.
- (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 باعتماد الشركة فقط.
- (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 إعتماد أي تغيير إلا بعد موافقة المسؤول المخول من متلايف وتم تظهير الموافقة هنا أو تم إرفاقها.
- (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.
- (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.
- (أ) I agree that no right to borrow, surrender or assign or other privilege of ownership may be exercised by a minor.
- (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:
- 1 - By Courier or registered mail to the correspondence address I opt for in my application form.
- 2 - By Authorized Representative to the correspondence address I opt for in my application form.
- Delivery of the policy by any of the above methods and the full payment of my first contribution are construed as my acceptance of all the conditions including those stated in the Policy Specifications Schedule and any Endorsement(s) to said policy and supplementary contracts attached thereto, if and when it is issued by MetLife, as per my application.
- (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".
- (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.
- (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.
- (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 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: 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."
- (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.
- (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.
- (ز) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع ضريبة الدخل وذلك بالنيابة عني و/أو بالنيابة عن المستفيد/ المستفيدين و الناتجة عن الأرباح المحققة على الإستثمارات التابعة لإستراتيجيات الإستثمار المختارة. و أيضاً إقتطاع ضريبة الدخل على أية دفعات متوجهة لمالك الوثيقة و/أو لأي من المستفيد/ المستفيدين بموجب هذه الوثيقة.
- (ح) أتفهم أن جميع المساهمات و الأقساط خاضعة للقوانين و الأنظمة المتعلقة بغسيل الأموال.
- (ط) أقر بأن جميع التصريحات والاجوبه الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أي استبيانات أو تعديلات هي كاملة وحقيقية وتفيد جميع الفرقاء المعنيين في الوثيقة هنا والمقدم هذا الطلب لاجلهم.
- (ي) أتفهم أن أي اجابة أو إفادة غير صحيحة أو التكتم 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 عائلتيالمقدم 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 وأنتي 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.
- (ل) 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، شركاتنا الشقيقة ، شركات إعادة التأمين، شركاتنا 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 بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن،ولا تقتصر على، حالاتي الطبية، والعلاجات والوصفات الطبية، والأعمال التجارية، والعمليات، وتفاصيل الاتصال والأرصدة / وأنشطة الحساب أو أي معاملات قامت بها 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 اسمه 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 يُعرض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين نافذة.
- (إ) 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 انها 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.

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

(select the answer that applies)

هم  
ARE

ليسوا  
ARE NOT

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

The Applicant(s) agree(s) to inform the Company within thirty (30) days of the Applicant(s) knowledge of such change if the Applicant(s) or any designated Beneficiary become(s) a U.S. person of U.S. Federal Income Tax purposes or if the Applicant(s) assign(s) the policy to such a U.S. person.

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

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

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بطالب 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.

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، طالب التأمين و المستفيدين؛  
(حدد الإجابة التي تنطبق)

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

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

إذا كنت من حاملي الجنسية الأمريكية، املئ التفاصيل ادناه:

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 تتم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة، فإن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإحتساب و الاقتطاع بضريبة دخل بمعدل قد يصل إلى ٣٠٪ من المبالغ المدفوعة لك.
٢. يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية وأي صندوق إنتمائي يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية.

#### 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 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 المستلمة 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 إعلامنا 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 .

أضاً، 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) وأنك 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 وتقر بقبولك للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

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."

تطبق الشروط والأحكام. إن وثيقة التأمين هذه تم إعدادها من قبل متلايف وتخضع التغطية التأمينية التي توفرها هذه الوثيقة في جميع الأوقات للشروط والأحكام الواردة في عقد الوثيقة الصادر عن متلايف. يتحمل حامل الوثيقة مخاطر الإستثمار فيها ولا يكون مبلغ الإستثمار الأساسي أو عوائده مضموناً (باستثناء الجزء المضمون من الإستثمار). البنك غير مسؤول عن الإجراءات التي تقوم بها متلايف أو القرارات التي تتخذها بموجب عقد الوثيقة، كما أن البنك غير مسؤول عن سداد أية مطالبات أو خدمات بموجب عقد الوثيقة الصادر عن متلايف. «من المتفق عليه والمفهوم أن هذه الوثيقة مبيعة وفقاً لقوانين دولة الإصدار. يتعين على صاحب الوثيقة مشاوره الاستشاري المهني الخاص به/بها فيما يتعلق بالمتطلبات القانونية أو غيرها من المتطلبات أو المحاذير المتعلقة بالتغطية التأمينية على الحياة وخطط الإستثمار التي يتم الحصول عليها بموجب الوثيقة وأي تبعات ضريبية لها بموجب القوانين السارية في دولة الإختصاص الذي يتبع لها حامل الوثيقة أو قد يتبع لها أثناء فترة سريان الوثيقة.»

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

- 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)."

- شروط خاصة: مالم نستلم منك توجيهات مغايرة، فإننا سنقوم بتطبيق القواعد التالية:
1. في حال تعيينك لأكثر من مستفيد واحد: أ- ولم يتم 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.
  2. في حال تعيينك لمستفيد واحد ووفاء هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين إلى وريثة المؤمن عليه.
  3. في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين إلى وريثة المؤمن عليه.
  4. إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في طالب التأمين/حامل وثيقة التأمين (بحسب ما ينطبق) فترة سريان الوثيقة.

## SIGNATURES

## التواقيع

الشخص المطلوب التأمين عليه  
Name of Proposed Insured

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

التوقيع  
Signature

الإسم الكامل المالك ( إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه)  
Name of Owner (if other than Proposed Insured)

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

التوقيع  
Signature

وقعت في  
Signed at

دولة  
Place

مدينة / بلد  
City/Country

في  
on this

DD

من شهر  
day of

MM

عام  
20

YY

## Witness /Representative

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

## الشاهد / ممثل البنك

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

اسم المستشار  
Name of Consultant

DDMMYY

التوقيع  
Signature

اسم الشريك للتوزيع  
Name of Distribution Partner

## To be filled in by the IFA's Compliance / Operations Manager

- By ticking this box you confirm that the welcome call to the client has been done and recorded before submitting the application to MetLife. During the welcome call, the client has been made aware of the Product Features and Benefits.

**Note: In case the above box has not been ticked, MetLife will be Contacting the customer to conduct the welcome call before issuing the policy.**

MetLife, Inc. (NYSE: MET), through its subsidiaries and affiliates ("MetLife"), is one of the largest life insurance companies in the world. Founded in 1868, MetLife is a global provider of life insurance, annuities, employee benefits and asset management. Serving approximately 100 million customers, MetLife has operations in nearly 50 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 in Bahrain, Kuwait, Oman, Qatar and the United Arab Emirates, 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)

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

اميركان لايف انشورنس كومباني هي شركة تابعة لمتلايف انك  
American Life Insurance Company is a MetLife, Inc. Company

شركة متلايف إنك (رمزها MET في بورصة نيويورك) من خلال فروعها والشركات التابعة لها («متلايف»)، هي إحدى كبرى شركات التأمين على الحياة في العالم. تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، وهي شركة رائدة عالمياً في مجال التأمين على الحياة ودفعات الراتب السنوي والتأمين الجماعي للموظفين وإدارة الأصول. تقدم متلايف خدماتها لحوالي ١٠٠ مليون عميل ولها عمليات في نحو من ٥٠ بلداً وتتبعها مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة واليابان وأمريكا اللاتينية وآسيا 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 في دولة الإمارات العربية المتحدة وقطر وعمان والكويت والبحرين، 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](http://www.metlife-gulf.com)

**MetLife®**

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