

Amendment to Application for Policy



Application Number

Gulf Operations
P.O. Box 371916, Dubai, UAE - Tel. 04 415 4555, Fax 04 415 4445

I hereby request that my application dated be amended as follows:

Smoker's details:

Do you use or smoke any type of tobacco, cigarettes, pipe, shisha, e-cigarette, vape, or chew tobacco? YES NO

If yes, type quantity per day

Non-smoker details:

If, currently, you are not using or smoking a tobacco product, have you ever smoked or used any type of tobacco (cigarettes, pipe, shisha, e-cigarette, vape, or chew tobacco)? YES NO

What type you used to smoke?

What is the quantity you used to smoke per day?

For how long did you smoke?

When did you stop?

Why did you stop?

and I certify that there has been no change in my condition of health, and/or that of all insureds under this application, and we have received no medical attention, consultation or examination whatever, since the date of completion of said application; further, that all my answers as written in said application, including those relating to all insureds and, my occupation, are still true.

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.

Signed at City this day of 20

Witness Signature of Applicant

أنا أطلب بتعديل طلبي المؤرخ على النحو التالي:

تفاصيل عن الشخص المدخن:
هل تدخن أو كنت تدخن أي نوع من أنواع التبغ كالسجائر، السيجار، الغليون، الشيشة أو مضغ التبغ؟
لا نعم
إذا كانت الإجابة "نعم" أذكر النوع العدد في اليوم

تفاصيل عن الشخص الغير مدخن:
إذا كنت حالياً لا تستخدم أو تدخن أي نوع من أنواع التبغ، فهل سبق لك أن دخنت أو استخدمت أي نوع من التبغ (كالسجائر أو السيجار أو الشيشة أو السجائر الإلكترونية أو مضغ التبغ)؟
لا نعم

ما النوع الذي اعتدت تدخينه؟

ما الكمية التي تدخنها في اليوم؟

ما طول المدة التي كنت تدخن فيها؟

متى توقفت عن التدخين؟

لماذا توقفت عن التدخين؟

وأني أقر أنه لم يحدث أي تغيير في حالتي الصحية و في الحالة الصحية لجميع المؤمن عليهم في هذه البوليصة، و أنني و كل المؤمن عليهم في هذه البوليصة لم نتلقى بتاتاً أية رعاية أو إستشارة طبية أو فحص طبي منذ تاريخ إملاء الطلب المذكور. وبالإضافة، إن كل أجوبتي كما هي مدونة في الطلب المذكور، وخاصة فيما يتعلق بمهنتي و بالحالة الصحية لي، و لكل المؤمن عليهم في البوليصة، لازالت صحيحة.

أقوم بموجب هذه الاتفاقية بتقديم موافقة صريحة لمتلايف لتحويل بياناتي الشخصية و مشاركتها و نقلها ونقلها إلى أي مستلم سواء داخل أو خارج البلاد، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر الشركة في الولايات المتحدة الأمريكية و فروعها و الشركات التابعة لها و شركات إعادة التأمين و الأعمال الشركاء، و المستشارين المهنيين، و وسطاء التأمين و / أو مزودي الخدمات الذين يقومون بنقل هذه المعلومات الشخصية أو مشاركتها، متى كان لازماً من أجل: (١) أداء هذه السياسة؛ (٢) مساعدة الشركة في تطوير أعمالها و منتجاتها؛ (٣) تحسين تجربة عملاء الشركة؛ (٤) للإمتثال للقوانين واللوائح المعمول بها؛ أو (٥) للإمتثال لوكالات إنفاذ القانون الأخرى للجزاءات الدولية و غيرها من اللوائح المطبقة على الشركة.

* البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء كانت "شخصية" أم لا) قمت باعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على حالتي الطبية، و العلاجات و الوصفات الطبية، و الأعمال التجارية، و العمليات، و تفاصيل الاتصال و الأرصدة / و أنشطة الحساب أو أي معاملات قامت بها متلايف.

وقع في المدينة في يوم من شهر ، ٢٠الشاهد مقدم الطلب