

Addition of Recovery Benefit Plan

Request Form



American Life Insurance Company (MetLife)

P.O. Box 371916, Dubai, United Arab Emirates

Tel +971 4 415 4555, Fax + 971 4 415 4445

CustomerServices.Gulf@metlife.com

Instructions: Use this form when you want to add Recovery Benefit plan. Please complete this form in its entirety to avoid any delays in processing. If you need any assistance in completing this form, please contact our customer service representatives.

Requirements: (1) Addition of Recovery Benefit Plan form; (2) Valid Passport Copy or Copy of Valid I.D.; (3) Valid Residency Copy (if applicable).

Notes:

- The request form is valid for only 30 days from the signature date and an expired request form will not be processed.
- All fields marked * and all sections are mandatory to be filled in the request form.
- Further requirements may be requested upon review of the request form.

Policy Details

Policy No.(s)*

Policy Owner's Details

First Name* Middle Name Last Name*

I.D. Type I.D. No. Expiry Date

Gender ☐ Male ☐ Female Age Last Birthday Date of Birth Place of Birth

Mobile No.* Country Code Area Code E-mail*

Mailing Address 1* P.O. Box City

Mailing Address 2* Country

* "Mailing Address" details mentioned would be updated as Mailing Address for future correspondences.

Please list all nationalities: 1) 2) 3)

Residency*

1) 2) 3)

* "Residency" is any place where you may be obliged to file income tax returns as a resident of that jurisdiction and/or where you have residency rights.

1. Please answer to the best of your knowledge or belief

- a) When did you last consult a physician?
- b) Please state reason for consultation:
- c) What treatment was given or medication prescribed?
- d) Please state name and address of physician:

2. Have you ever been treated for or ever had any known indication of:

Note: If the answer to any question is "Yes", please include diagnoses, dates, duration, degree of recovery or results and names and addresses of all attending physicians and medical facilities.

- a) Disease or disorder of eyes, ears, nose or throat? ☐ Yes ☐ No
- b) Dizziness, fainting, convulsions, headache, speech defect, paralysis or stroke; mental or nervous disease or disorder? ☐ Yes ☐ No
- c) Shortness of breath, persistent hoarseness or cough, blood spitting, bronchitis, pleurisy, asthma, emphysema, tuberculosis or chronic respiratory or lung disease? ☐ Yes ☐ No

Insured's Signature

Signature

Policy Owner's Signature

Signature

- | | Yes | No | |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| d) Chest pain, palpitation, high blood pressure, rheumatic fever, heart murmur, heart attack or other disease of the heart or blood vessels? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| e) Jaundice, intestinal bleeding, ulcer, hernia, appendicitis, colitis, diverticulitis, hemorrhoids, recurrent indigestion or other disease of the stomach, intestines, liver or gallbladder? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| f) Sugar, albumin, blood or pus in urine, venereal disease, stone or other disease of kidney, bladder, prostate or reproductive organs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| g) Diabetes, thyroid or other endocrine disease? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| h) Neuritis, sciatica, rheumatism, arthritis, gout, disease or disorder of the muscles or bones, including the spine, back or joints? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| i) Deformity, lameness or amputation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| j) Disease of skin, lymph glands, cyst, tumor or cancer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| k) Allergies; anemia or other disease of the blood? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

3. Are you now under observation or taking treatment or medication for any disease or disorder?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

4. Have you had any change in weight in the past year?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

5. Have you within the past 5 years:

a) Had any mental or physical disease or disorder not listed above?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

b) Had a check-up, consultation, illness, injury or surgery?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

c) Been a Patient in a Hospital, clinic, sanatorium or other medical facility?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

d) Had electrocardiogram, X-ray, other diagnostic test?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

e) Been advised to have any diagnostic test, hospitalization, or surgery which was not completed?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

6. Do you intend to seek medical advice, treatment, or have any medical tests performed?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

7. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) Describe in detail any affirmative answers:

i) Have you received medical advice, or treatment, in connection with AIDS or an AIDS related condition or a sexually transmitted disease

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

ii) Have you been told you had AIDS or AIDS Related Complex?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

iii) Have you had or been told you had a positive blood test for antibodies to the AIDS virus (Human Immunodeficiency Virus)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

iv) Do you have any of the following which are unexplained: Fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes, or unusual skin lesions?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

8. Please state current consumption of

Tobacco per day/week

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

Alcohol per day/week

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

Insured's Signature

X

Signature

Policy Owner's Signature

X

Signature

If you do not smoke cigarettes now but did so previously, when did you stop?

Yes No
☐ ☐

9. Family history: Tuberculosis, diabetes, cancer, high blood pressure, heart or kidney disease, mental illness or suicide?

☐ ☐

	Age if Living?	State of Health / Cause of Death?	Age at diagnosis	Age at Death
Father				
Mother				
Brothers and Sisters				
No. of Living				
No. of Living				

10. For Females Only

Yes No

a) Have you ever had any disorder of menstruation, pregnancy or of the female organs or breasts?

☐ ☐

b) Are you now pregnant? (If yes, how many months)

☐ ☐

11. a) Your present weight lbs. or kg.

b) Your present height ft. in. or cm.

Declarations

- (a) I declare that I am the person named as the Proposed Insured and that the above statements and answers are true and complete to the best of my knowledge and belief. I confirm that they are correctly recorded and are a continuation of and form a part of the application on my life to American Life Insurance Company (MetLife).
- (b) 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.

- (c) **Data Transfer:** I hereby give 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 your Headquarters in the USA, MetLife branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where MetLife believe that the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of the Policy; (ii) assisting MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife customers experience; (iv) for the compliance with the applicable laws and regulations; or (v) for the compliance with other law enforcement agencies for international sanctions and other regulations applicable to MetLife. MetLife will ensure that such recipients will have sufficient confidentiality obligations to procure the confidentiality of the personal information and provided that MetLife complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data.

For clarity, personal data means any data/information related to Insured and/or Insured's family which might include any health, identity and financial information or contact details, disclosed to MetLife at any time.

- (d) 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.

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

In submitting and in signing this form, the applicant(s) certify(ies) that the Insured, Joint Insured, Applicant, and any designated Beneficiary(ies):

(select the answer that applies)

☐ **ARE** ☐ **ARE NOT** United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes ⁽¹⁾⁽²⁾

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

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

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

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

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

Insured's Signature

Signature

Policy Owner's Signature

Signature

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.

CRS Declarations*

Please complete the following table indicating (i) where the account holder is tax resident and (ii) the account holder's TIN for each country/ jurisdiction indicated.

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

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

Reason A

The country/jurisdiction where the account holder is resident does not issue TINs to its residents

Reason B

The account holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number. Please explain why you are unable to provide the required information

Reason C

No TIN is required. (Note. Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issued by such jurisdiction)

Country/Jurisdiction of tax residence	TIN Tax Identification number	If no TIN available enter Reason A, B or C	If Reason B Selected, please explain
1.			
2.			
3.			

Please complete below 4 questions if you are a tax resident in one of below countries:

Country/Jurisdiction of tax residence					
1.	Antigua and Barbuda	5.	Cyprus	9.	Saint Kitts and Nevis
2.	Bahamas	6.	Dominica	10.	Saint Lucia
3.	Bahrain	7.	Grenada	11.	Seychelles
4.	Barbados	8.	Malta	12.	Turks and Caicos Islands
				13.	Vanuatu
				14.	Panama
				15.	United Arab Emirates

Questions: (All questions are mandatory to answer*)

1. Did you obtain residence rights under a Citizenship by Investment (CBI)/Residence by Investment (RBI) Scheme?* ☐ YES ☐ NO
If 'Yes' write type of Scheme below.....

☐ Citizenship by Investment (CBI) ☐ Residence by Investment (RBI)

2. Do you hold residence rights in any other country?* If 'Yes' Please mention country name below ☐ YES ☐ NO

3. Have you spent more than 90 days in any other country (ies) during the previous year?* If "Yes" Please mention the country name below..... ☐ YES ☐ NO

4. In which jurisdiction(s) have you filed personal income tax returns during the previous year?*
Please add country name. If you didn't file income tax returns in any country please mention not applicable.

I understand that the information supplied by me is covered by the full provisions of the terms and conditions governing the account holder's relationship with MetLife setting out how MetLife may use and share the information supplied by me.

I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the account holder and any reportable account(s) may be reported to the tax authorities of the country/jurisdiction in which this account(s) is/are maintained and exchanged with tax authorities of another country/jurisdiction or countries/jurisdictions in which the account holder may be tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

I certify that I am the Account Holder (or am authorized to sign for the Account Holder) of all the account(s) to which this form relates.

Insured's Signature

x

Signature

Policy Owner's Signature

x

Signature

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

I undertake to both advise **MetLife** of any change in circumstances which affects the tax residency status of the individual identified in the application or in this form or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide **MetLife** with a suitably updated Self-Certification and Declaration, within 90 days of such change in circumstances.

E-mail Declaration:

By providing your E-mail address and signing this application you agree to receive the policy document, certificate and / or any other documents ["Documents"] via electronic mail ["E-mail"]. Please be aware that having chosen this electronic delivery of Documents, it is your responsibility to ensure that the E-mail address you have provided us is correct at all times.

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-gulf.com/en/privacy-policy 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.

Signatures*

Signed at

City

Country

D

D

M

M

20

Y

Y

Full Name of Policy Owner

Full Name in his/her own handwriting

Signature

X

Full Name of Irrevocable Beneficiary or Assignee

Full Name in his/her own handwriting

Signature

X

Witness name and signature is not necessary if the customer is submitting directly to MetLife

Full Name of Witness / Agent

Full Name in his/her own handwriting

Signature

X

Agent Code

Need help

How to contact us						
Country	UAE	Kuwait	Oman	Bahrain	Qatar	Any other Country
Call us	800 - MetLife (800 - 6385433)	+965 2 208 9333	800 70708	800 08033	800 9711	+971 4 415 4555
Mail us	P.O. Box 371916, Dubai – U.A.E.					
E-mail us	CustomerServices.Gulf@metlife.com					
Website	www.metlife-gulf.com					

How to submit the form

Please send **original** documents to:

Customer Care - MetLife
P.O. Box 371916
Dubai – U.A.E.

American Life Insurance Company – registered under U.A.E federal law No. (6) of 2007 registration No. 34 In the central bank and licensed by Department of Economic Development- License No. 205329

American Life Insurance Company is a MetLife, Inc. Company

5 of 5

CS-ARBP-AE-072025-MA

أمريكان لايف انشورنس كومباني
ص ب ٣٧١٩٦، دبي، الإمارات العربية المتحدة
هاتف: ٤٥٥٥ ٤١٥ ٩٧١ +. فاكس: ٤٤٤٥ ٤١٥ ٩٧١ +
CustomerServices.Gulf@metlife.com

الإرشادات: استخدم هذا النموذج عندما ترغب إضافة خطة مزايا الاسترداد. ويرجى ملء هذا النموذج بالكامل لتجنب أي تأخير في المعالجة، وإذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في إكمال هذا النموذج، يرجى الاتصال بممثلي خدمة العملاء لدينا.

المطلوبات: (١) نموذج إضافة خطة مزايا الاسترداد؛ (٢) نسخة من جواز سفر ساري المفعول أو نسخة من بطاقة الهوية سارية المفعول؛ (٣) نسخة من الإقامة سارية المفعول (إن وجدت).

ملاحظات:

١. نموذج الطلب صالح لمدة ٣٠ يومًا فقط من تاريخ التوقيع ولن تتم معالجة نموذج الطلب المنتهي الصلاحية.
٢. جميع الخانات التي تحمل علامة * وجميع الأقسام إلزامية ملؤها في نموذج الطلب.
٣. قد يتم طلب متطلبات أخرى عند مراجعة نموذج الطلب.

تفاصيل الوثيقة

رقم الوثيقة *

بيانات حامل الوثيقة

الاسم الأول * الاسم الأوسط الاسم الأخير *

نوع بطاقة الهوية رقم بطاقة الهوية تاريخ الانتهاء

النوع ☐ ذكر ☐ أنثى العمر في آخر يوم ميلاد تاريخ الميلاد محل الميلاد

رقم المحمول * - كود - كود البلد البريد الإلكتروني *

عنوان البريد ١ * ص.ب. المدينة

عنوان البريد ٢ * البلد

* «عنوان البريد» سيتم تحديث تفاصيل العنوان المذكورة كعنوان بريد للرسائل المستقبلية.

يرجى ذكر جميع الجنسيات: (١) (٢) (٣)

الإقامة *

(١) (٢) (٣)

* «الإقامة» هي أي مكان قد تكون ملزمًا فيه بتقديم إقرارات ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية القضائية و/أو حيث تتمتع بحقوق الإقامة.

١. يرجى الإجابة بما تعرف أو تعتقد أنه صحيح

(أ) متى استشرت الطبيب آخر مرة؟

(ب) يرجى ذكر سبب الاستشارة:

(ج) ما العلاج الذي تم إعطاؤه أو الدواء الموصوف؟

(د) يرجى ذكر اسم وعنوان الطبيب:

٢. هل سبق لك أن عولجت من الآتي أو كان لديك أي دليل معروف على وجوده:

ملاحظة: إذا كان الجواب على أي سؤال «نعم»، فيرجى ذكر التشخيص والتاريخ والمدة ودرجة الشفاء أو النتائج وأسماء وعناوين جميع الأطباء والمرافق الطبية.

(أ) مرض أو اضطراب في العين أو الأذنين أو الأنف أو الحلق؟ ☐ نعم ☐ لا

(ب) دوخة أو إغماء أو تشنجات أو صداع أو عيوب نطق أو شلل أو سكتة دماغية أو مرض أو اضطراب عقلي أو عصبي؟ ☐ نعم ☐ لا

(ج) ضيق تنفس أو بحة صوتية أو سعال مستمر أو بضع دم أو التهاب بالشعب الهوائية أو مرض ذات الجنب أو الربو أو انتفاخ الرئة أو السل أو أمراض الجهاز التنفسي أو الرئة المزمنة؟ ☐ نعم ☐ لا

(د) آلام الصدر أو الخفقان السريع أو ارتفاع ضغط الدم أو الحمى الروماتيزمية أو النفخة القلبية أو الأزمة القلبية أو غيرها من أمراض القلب أو الأوعية الدموية؟ ☐ نعم ☐ لا

توقيع المؤمن عليه توقيع حامل الوثيقة التوقيع

	لا	نعم	(ه) يرقان أو نزيف معوي أو قرحة أو فتق أو التهاب الزائدة الدودية أو التهاب القولون أو التهاب الرتج أو البواسير أو عسر الهضم المتكرر أو غيرها من أمراض المعدة أو الأمعاء أو الكبد أو المرارة؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(و) وجود سكر أو ألبومين أو دم أو صديد في البول أو أمراض تناسلية أو حصوات أو غيرها من أمراض الكلى أو المثانة أو البروستاتا أو الأعضاء التناسلية؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ز) داء السكري أو الغدة الدرقية أو غيرها من أمراض الغدد الصماء؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ح) التهاب الأعصاب أو عرق النسا أو الروماتيزم أو التهاب المفاصل أو النقرس أو أمراض أو اضطرابات العضلات أو العظام، بما في ذلك العمود الفقري أو الظهر أو المفاصل؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ط) تشوه أو عرج أو بتر؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ي) مرض بالجلد أو الغدد اللمفاوية أو أكياس أو أورام أو سرطان؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ك) حساسية أو فقر الدم أو غيرها من أمراض الدم؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٣. هل أنت الآن تحت الملاحظة أو تخضع لعلاج أو تتناول دواء لأي مرض أو اضطراب؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٤. هل كان لديك أي تغيير في الوزن خلال العام الماضي؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٥. هل واجهت أو تعرضت أو خضعت خلال الخمس سنوات الماضية لأي مما يلي: (أ) أي مرض أو اضطراب عقلي أو جسدي غير مذكور أعلاه؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ب) فحص طبي أو استشارة أو مرض أو إصابة أو جراحة؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ج) دخول مستشفى أو عيادة أو مصحة أو مرفق طبي آخر للعلاج؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(د) مخطط كهربية القلب أو الأشعة السينية أو اختبارات تشخيصية أخرى؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(هـ) النصح بإجراء أي اختبار تشخيصي أو دخول إلى المستشفى أو إجراء جراحة لم تتم؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٦. هل تنوي طلب المشورة الطبية أو العلاج أو إجراء أي فحوصات طبية؟
٧. متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)، صف بالتفصيل أي رد بالإيجاب:			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(١) هل حصلت على مشورة أو علاج طبي فيما يتعلق بالإيدز أو حالة متعلقة بالإيدز أو مرض ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(٢) هل تم إخبارك بأنك مصاب بمرض الإيدز أو متلازمة متعلقة بالإيدز؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(٣) هل سبق أن قيل لك أو تم إخبارك أن لديك فحص دم إيجابي للأجسام المضادة لفيروس الإيدز (فيروس نقص المناعة البشرية)؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(٤) هل لديك أي مما يلي وغير مفسر: تعب أو فقدان وزن أو إسهال أو تضخم بالغدد اللمفاوية أو آفات جلدية غير عادية؟
٨. يرجى ذكر معدل الاستهلاك الحالي للآتي			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التبغ <input type="text"/> في اليوم/الأسبوع
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكحول <input type="text"/> في اليوم/الأسبوع
<input type="text"/>			إذا كنت لا تدخن السجائر الآن ولكنك كنت مدخنًا قبل ذلك، فمتى توقفت؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٩. السجل العائلي: السل أو السكري أو السرطان أو ارتفاع ضغط الدم أو أمراض القلب أو الكلى أو الأمراض العقلية أو الانتحار؟

العمر، إذا كان على قيد الحياة؟	الحالة الصحية/سبب الوفاة؟	العمر عند التشخيص	العمر عند الوفاة
الأب			
الأم			
الاخوة والاختوات			
عدد الأحياء			
عدد الأحياء			

No

Yes

☐

☐

☐

☐

١٠. للإناث فقط

أ) هل عانيتِ من قبل أي اضطراب في الدورة الشهرية أو الحمل أو الأعضاء الأنثوية أو الثديين؟

ب) هل أنتِ حامل الآن؟ (إذا كانت الإجابة بنعم، ففي أي شهر)

١١. أ) وزنك الحالي رطل أو كجم.

ب) طولك الحالي قدم أو بوصة أو سم.

إقرارات

أ) أقر بأنني الشخص المذكور اسمه ليكون هو المؤمن عليه المقترح وأن البيانات والإجابات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي، وأؤكد أنها مسجلة بشكل صحيح وأنها على حالتها وتشكل جزءاً من طلب التأمين على حياتي المقدم للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف).

ب) أقر وأتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان حامل الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات؛ (٢) كان حامل الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى؛ (٣) كانت المطالبة سداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات.

أدرك كذلك أن الشركة لن تتحمل أي مسؤولية عن دفع قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية أو منفعة في حال أن دفع هذه المطالبة أو توفير هذه التغطية أو المنفعة يعرض الشركة إلى عقوبة بموجب أي قوانين معمول بها.

ج) تحويل البيانات: أنا أمنح متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتك الشخصية إلى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، شركاتها الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركائنا في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما تعتقد متلايف بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى متلايف، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لمتلايف. متلايف تضمن بأن يلتزم المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإن متلايف تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية. لغايات التوضيح، تعني بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية او معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

د) أفوض، بموجب هذه الوثيقة، شركة متلايف بإرسال إخطارات وإشعارات إليّ عبر خدمة الرسائل القصيرة "SMS" وأوافق على تلقي الرسائل القصيرة وأدرك أن شركة متلايف لا تضمن عدم تقطع الرسائل أو خلوها من الأخطاء وأن أي خطأ أو تقطع من هذا القبيل لا يعتبر أو يعامل بأي شكل من الأشكال على نحو يضع أي مسؤولية على شركة متلايف وأقر بأنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد شركة متلايف عن أي خطأ أو تقطع في الرسائل القصيرة أو لأي سبب يتعلق بتلقي أو عدم تلقي الرسائل القصيرة.

التصريحات الخاصة بمصلحة الضرائب الأمريكية*

دى تقديم طلب الحصول على التأمين المبين في هذا النموذج ، و عند التوقيع على هذا الطلب فإن مقدم الطلب يشهد بأن المؤمن عليه، طالب التأمين و المستفيدين:

هم

ليسوا

من حاملي الجنسية الأمريكية و ذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية^(١)

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.

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

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بطالب التأمين و المؤمن عليه

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بالمستفيدين

١. لإعتبارات خاصة بضريبة الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية، تلزم دائرة الضرائب الأمريكية الشركة بإبلاغها عن أي مدخول يتم دفعه إلى أشخاص خاضعين لضريبة الدخل الفيدرالية للولايات المتحدة الأمريكية. يرجى الملاحظة بأنه في حال كنت شخصاً أمريكياً لإعتبارات ضريبة الدخل المشار إليها أعلاه ولم تقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة، فإن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإحتساب و الاقتطاع بضريبة دخل بمعدل قد يصل إلى ٢٠٪ 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 إنتمائي يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية.

يرجى إكمال الجدول التالي الذي يشير إلى (١) الموطن الضريبي لصاحب الحساب و(٢) رقم التعريف الضريبي لصاحب الحساب لكل بلد / ولاية قضائية محددة.

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيماً لأغراض الضريبة في أكثر من ثلاث بلدان / ولايات قضائية، فيرجى استخدام ورقة منفصلة

إذا لم يتوفر رقم التعريف الضريبي، يرجى ذكر السبب المناسب "أ" أو "ب" أو "ج" على النحو الوارد أدناه:

السبب "أ"

البلد / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر رقم تعريف ضريبي للمقيمين بها

السبب "ب"

يتعذر على صاحب الحساب الحصول على رقم تعريف ضريبي أو رقم معادل. يرجى توضيح سبب عدم قدرتك على توفير المعلومات المطلوبة

السبب "ج"

رقم التعريف الضريبي غير مطلوب (ملاحظة: يرجى تحديد هذا السبب فقط إذا كان القانون المحلي للولاية القضائية ذات الصلة لا يتطلب الحصول على رقم التعريف الضريبي الصادر عن هذه الولاية القضائية).

البلد / الولاية القضائية للإقامة الضريبية	TIN رقم التعريف الضريبي	إذا لم يتوفر رقم العريف الضريبي، أدخل السبب "أ" أو "ب" أو "ج"	إذا تم اختيار السبب "ب"، فيرجى التوضيح
١٠			
٢٠			
٣٠			

يرجى إكمال الأربعة أسئلة أدناه إذا كنت مقيماً لأغراض الضريبة في أحد البلدان التالية

دولة/ولاية الإقامة الضريبية			
١- أنتيغوا وبربودا	٥- قبرص	٩- سانت كيتس ونيفيس	١٣- فانواتو
٢- جزر البهاما	٦- دومينيكا	١٠- سانت لوسيا	١٤- بنما
٣- البحرين	٧- غرينادا	١١- سيشيل	١٥- الإمارات العربية المتحدة
٤- باربادوس	٨- مالطا	١٢- جزر تركس وكايكوس	

الأسئلة: (يلزم الإجابة)*

١. هل حصلت على حقوق الإقامة بموجب برنامج الحصول على الجنسية عن طريق الاستثمار (CBI)/الإقامة عن طريق الاستثمار (RBI) ؟
إذا كانت الإجابة «نعم»، اذكر نوع البرنامج أدناه.....
☐ نعم ☐ لا

☐ الإقامة عن طريق الاستثمار (RBI) ☐ الحصول على الجنسية عن طريق الاستثمار (CBI)

٢. هل لديك حق الإقامة في أي دولة أخرى*؟ إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه.....
☐ نعم ☐ لا

٣. هل قضيت أكثر من ٩٠ يوماً في أي دولة (دول) أخرى خلال العام السابق*؟
إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه.....
☐ نعم ☐ لا

٤. في أي ولاية (ولايات) قضائية قدمت إقرارات ضريبة الدخل الشخصية خلال العام السابق* ؟
رجاءً إضافة اسم الدولة. إذا لم تكن قد قدمت إقرارات ضريبة الدخل في أي دولة، يرجى ذكر أن هذا البند لا ينطبق.

أدرك أن المعلومات التي قدمتها تخضع للأحكام الكاملة للبند والشروط التي تحكم علاقة صاحب الحساب مع متلائف والتي تحدد كيفية قيام متلائف باستخدام ومشاركة المعلومات التي أقدمها.

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج والمعلومات المتعلقة بصاحب الحساب وأي حساب (حسابات) قد يتم الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد / الولاية القضائية التي يتم الاحتفاظ فيها بهذا الحساب (الحسابات) وتبادله مع السلطات الضريبية لبلد (بلدان) / ولاية (ولايات) قضائية أخرى يخضع فيها صاحب الحساب للضرائب بموجب اتفاقيات حكومية دولية لتبادل معلومات الحساب المالي.

أقر بأنني صاحب الحساب (أو مخول بالتوقيع بالنيابة عن صاحب الحساب) عن الحساب أو الحسابات المتعلقة بهذا النموذج

أقر بأن جميع البيانات الواردة في هذا الإقرار، على حد علمي واعتقادي، صحيحة وكاملة

أتعهد بإبلاغ متلائف بأي تغيير في الظروف من شأنه أن يؤثر على حالة الإقامة الضريبية للشخص المحدد في الطلب أو في هذا النموذج أو يجعل المعلومات الواردة في هذا النموذج غير صحيحة أو غير كاملة، كما أتعهد بتزويد متلائف بإقرار وتصديق ذاتي محدث حسب الأصول في غضون ٩٠ يوماً من هذا التغيير في الظروف.

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

1. أي عضو مجموعة وممثلي "متلايف" في أي إقليم أو دولة كانت (معا مع متلايف "الأطراف المسموح لهم");
 2. أي أشخاص حسب ما يكون مطلوب بموجب أي قانون (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية) أو جهة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر، وكالة خدمة العوائد الداخلية الأمريكية) لدى نطاق السلطة على أي من الأطراف المسموح لهم،
 3. المستشارين المهنيين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونوا تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،
 4. أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلايف بموجب هذه وثيقة (أو أي وكيل أو مستشار لأي من ما سبق)، و
- المعلومات السرية:** تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/مالك الوثيقة (سواء حدد على أنه "سري" أم لم يحدد) والتي تم الإفصاح عنها بواسطة أي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تخص العمل التجاري أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه/مالك الوثيقة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال، رقم الهوية الضريبية/رقم الضمان الاجتماعي، أرصدة الحسابات/الأنشطة أو أي معاملات جارية مع متلايف).
- سوف تقوم متلايف باستقطاع أي ضريبة مفروضة بموجب قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق في إنهاء الوثيقة بإرادتها المنفردة إذا لم يقدم المؤمن عليه/مالك الوثيقة المستندات المثبتة لوضعه وما إذا كان خاضع للضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية (FATCA)، وذلك خلال المدة الممنوحة لذلك. وعلى وجه الخصوص، تحتفظ متلايف بالحق في فسخ الوثيقة إذا ما كانت القوانين أو اللوائح المحلية تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب الوثيقة أو تمنع الإفصاح عن معلومات تتعلق بالوثيقة، ولم يتم الحصول على الموافقات اللازمة للاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

الإقرار عبر البريد الإلكتروني

من خلال تقديم عنوان بريدك الإلكتروني والتوقيع على هذا الطلب، فإنك توافق على استلام وثيقة الوثيقة و/أو الشهادة و/أو أي مستندات أخرى ("المستندات") عبر البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). يرجى العلم أنه بعد اختيار التسليم الإلكتروني للوثائق، تقع على عاتقك في جميع الأوقات مسؤولية التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته لنا. لا تتحمل متلايف المسؤولية عن عدم استلام رسائل البريد الإلكتروني بسبب عدم صحة عنوان البريد الإلكتروني أو وجود مشاكل فنية أخرى تتعلق بخدمة البريد الإلكتروني الخاصة بك. إذا كنت ترغب في تغيير عنوان بريدك الإلكتروني لدى متلايف، أو إذا كنت ترغب في الحصول على نسخة ورقية من المستندات، أو إذا كنت تعتقد أنك لم تستلم المستندات الخاصة بك، فيرجى إخطارنا على الفور.

وبالتوقيع على هذا الطلب، فإنك تدرك وتوافق على أنه إذا كنت ترغب في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً، فمن واجبك إلغاء هذا التفويض بموجب مستند خطي آخر.

بالتوقيع على هذا الطلب أيضاً، فإنك تقر بأنك قد قرأت وفهمت سياسات متلايف للخصوصية وشروط الاستخدام على العنوان www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy وأنك ستراجع أي شروط استخدام أو بيان خصوصية لأي من مقدمي الخدمات المستقبلين الذين تستعين بهم متلايف، وإنك تدرك أنه على الرغم من اتخاذ متلايف كل الاحتياطات لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، إلا أنه لا يمكنها ضمان سلامة معلوماتك، وإنك توافق على تقديم عنوان بريدك الإلكتروني ليتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بشركة متلايف وتقبل كذلك أي مخاطر مرتبطة برسائل البريد الإلكتروني.

التوقيع *

تم التوقيع في	المدينة	الدولة	ي	ي	ش	ش	س	س	٢٠
اسم حامل الوثيقة بالكامل	الاسم الكامل بخط يده أو يدها								
اسم المستفيد أو المتنازل إليه النهائي بالكامل	الاسم الكامل بخط يده أو يدها								
اسم الشاهد و التوقيع ليس مطلوباً إذا قدم العميل الطلب للمتلايف مباشرة	الاسم الكامل بخط يده أو يدها								
اسم الشاهد أو الوكيل بالكامل									
كود الوكيل									

للمساعدة

كيفية التواصل معنا		كيفية تقديم النموذج	
الدولة	الإمارات	الكويت	عُمان
اتصل بنا	٨٠٠ - متلايف (٦٣٨٥٤٢٣ - ٨٠٠)	٩٣٣ ٢٢٠٨ ٩٦٥ +	٨٠٠ ٧٠٧٠٨ +
للتوصل عبر البريد	ص.ب رقم ٢٧١٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة		
البريد الإلكتروني	CustomerServices.Gulf@metlife.com		
الموقع الإلكتروني	www.metlife-gulf.com		

يرجى إرسال المستندات الأصلية إلى:	خدمة العملاء - متلايف
ص.ب. رقم: ٢٧١٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة	