

Addition of Recovery Benefit Plan

Request Form



Gulf Operations

P.O. Box 371916, Dubai, U.A.E. - Tel +971 4 415 4555, Fax + 971 4 415 4445

Instructions: Use this form when your policy has matured and to request for its full maturity value. 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) Policy Maturity And Release form; (2) Valid Passport Copy or Copy of Valid I.D.; (3) Valid Residency Copy (if applicable); (4) Original agreements related to Future Premium Deposit Fund (FPDF) / Premium Deposit Agreement (PDA) / Side Funds (if applicable); (5) Original Policy Documents or Lost Policy Declaration 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

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.

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.

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

Insured's Signature Signature

Policy Owner's Signature Signature

- | | YES | NO | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| 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? YES NO

4. Have you had any change in weight in the past year? YES NO

- 5. Have you within the past 5 years:**
- a) Had any mental or physical disease or disorder not listed above? YES NO
 - b) Had a check-up, consultation, illness, injury or surgery? YES NO
 - c) Been a Patient in a Hospital, clinic, sanatorium or other medical facility? YES NO
 - d) Had electrocardiogram, X-ray, other diagnostic test? YES NO
 - e) Been advised to have any diagnostic test, hospitalization, or surgery which was not completed? YES NO

6. Do you intend to seek medical advice, treatment, or have any medical tests performed? YES NO

- 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? YES NO
 - ii) Have you been told you had AIDS or AIDS Related Complex? YES NO
 - iii) Have you had or been told you had a positive blood test for antibodies to the AIDS virus (Human Immunodeficiency Virus)? YES NO
 - iv) Do you have any of the following which are unexplained: Fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes, or unusual skin lesions? YES NO

8. Please state current consumption of

Tobacco per day/week YES NO

Alcohol per day/week YES NO

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

Insured's Signature Signature

Policy Owner's Signature Signature

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

YES NO

	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

a) Have you ever had any disorder of menstruation, pregnancy or of the female organs or breasts? Yes No

b) Are you now pregnant? (If yes, how many months) Yes No

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) I hereby grant MetLife my unambiguous consent, to process, share and transfer my Personal Data* to a recipient inside or outside this country (including but not limited to MetLife Inc. and / or American Life Insurance Company's Headquarters and their branches, affiliates, reinsurers, business partners and / or to any actual or potential assignee, novatee or transferee of MetLife) where the processing, transferring or sharing of my Personal Data is requested by any of the above mentioned recipients or necessary or required for the performance of MetLife's obligation under this application and / or the insurance policy, or to comply with any obligation which MetLife is subject to.
***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".
- (c) 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):

- 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 31%.
- 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.

Insured's Signature

Policy Owner's Signature

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) declaration:

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

- (i) Any group member and representatives of MetLife in any jurisdiction (together with MetLife, the "Permitted Parties");
- (ii) Any persons as required by any law (including but not limited to the U.S.A. Foreign Account Tax Compliance Act) or authority (including but not limited to the U.S.A. Internal Revenue Service) with jurisdiction over any of the Permitted Parties;
- (iii) Professional advisers, insurer, reinsurer or insurance broker and service providers of the Permitted Parties who are under a duty of confidentiality to the Permitted Parties;
- (iv) Any actual or potential assignee, novatee or transferee in relation to any of MetLife's rights and / or obligations under this Policy (or any agent or adviser of any of the foregoing);

"**Confidential Information**" means all information relating to the Insured / Owner (whether marked "confidential" or not) disclosed by whatever means either directly or indirectly to MetLife which concerns the business, operations or customers of the Insured / Owner (including but not limited to contact details, tax identification number / social security number, account balances / activities or any transactions undertaken with MetLife)."

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

MetLife reserves the right, within its sole discretion, to terminate the Policy in the event that appropriate documentation of Insured's / Owner's US or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to MetLife. In particular, in the event that applicable local laws or regulations would prohibit withholding on payments to the account or prohibit the reporting of the account, and no waiver of such local law is obtained, MetLife reserves the right to close the account.

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.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.

Signatures

Signed at 20

City Country Day Month Year

Full Name of Policy Owner	<input type="text"/>	Signature	<input type="text"/>
Full Name of Irrevocable Beneficiary or Assignee	<input type="text"/>	Signature	<input type="text"/>
Full Name of Witness / Agent	<input type="text"/>	Signature	<input type="text"/>

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.

الإرشادات: استخدم هذا النموذج عندما تصبح وثيقتك مستحقة ولطلب قيمة استحقاقها كاملة، 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.

المتطلبات: (١) نموذج استحقاق الوثيقة وصرها؛ (٢) نسخة من جواز سفر ساري المفعول أو نسخة من بطاقة الهوية سارية المفعول (إن وجدت)؛ (٣) نسخة من الإقامة سارية المفعول (إن وجدت)؛ (٤) الاتفاقيات الأصلية المتعلقة بصندوق إيداع الأقساط المستقبلية (FPDF) / اتفاقية إيداع الأقساط (PDA) / الصناديق الجانبية (إن وجدت)؛ (٥) مستندات الوثيقة الأصلية أو نموذج إقرار الوثيقة المفقودة.

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

يرجى ذكر جميع الجنسيات: (١) (٢) (٣)

الإقامة*

(١) (٢) (٣)

*"الإقامة" هي أي مكان تكون ملزمًا فيه بتقديم إقرارات ضريبة الدخل بصفتك مقيمًا في تلك الولاية القضائية.

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 الاتي 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.

نعم لا

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

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

(ج) ضيق تنفس أو بحّة صوتية أو سعال مستمر أو بصق دم أو التهاب بالشعب الهوائية أو مرض ذات الجنب أو الربو أو انتفاخ الرئة أو السل أو أمراض الجهاز التنفسي أو الرئة المزمنة؟

(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؟

(هـ) 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؟

التوقيع

توقيع حامل الوثيقة

التوقيع

توقيع المؤمن عليه

	لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و) وجود سكر أو اليوميين 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ز) داء السكري أو الغدة الدرقية أو غيرها من أمراض الغدد الصماء؟
<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ط) تشوه أو عرج أو بتر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ي) مرض بالجلد أو الغدد للمفاوية أو أكياس أو أورام أو سرطان؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ك) حساسية أو فقر الدم أو غيرها من أمراض الدم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٣. هل أنت الآن تحت الملاحظة أو تخضع لعلاج أو تتناول دواء لأي مرض أو اضطراب؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٤. هل كان لديك أي تغيير في الوزن خلال العام الماضي؟
<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب) فحص طبي أو استشارة أو مرض أو إصابة أو جراحة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج) دخول مستشفى أو عيادة أو مصحة أو مرفق طبي آخر للعلاج؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د) مخطط كهربية القلب أو الأشعة السينية أو اختبارات تشخيصية أخرى؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هـ) النصح بإجراء أي اختبار تشخيصي أو دخول إلى المستشفى أو إجراء جراحة لم تتم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٦. هل تنوي طلب المشورة الطبية أو العلاج أو إجراء أي فحوصات طبية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٧. متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)، صف بالتفصيل أي رد بالإيجاب: ١) هل حصلت على مشورة أو علاج طبي فيما يتعلق بالإيدز أو حالة متعلقة بالإيدز أو مرض ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢) هل تم إخبارك بأنك مصاب بمرض الإيدز أو متلازمة متعلقة بالإيدز؟
<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٤) هل لديك أي مما يلي وغير مفسر: تعب أو فقدان وزن أو إسهال أو تضخم بالغدد للمفاوية أو آفات جلدية غير عادية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٨. يرجى ذكر معدل الاستهلاك الحالي للاتي التبغ <input type="text"/> في اليوم/الأسبوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكحول <input type="text"/> في اليوم/الأسبوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إذا كنت لا تدخن السجائر الآن ولكنك كنت مدخنًا قبل ذلك، فمتى توقفت؟

٩. السجل العائلي: السل أو السكري أو السرطان أو ارتفاع ضغط الدم أو أمراض القلب أو الكلى أو الأمراض العقلية أو الانتحار؟

لا نعم

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

١٠. للإناث فقط

لا نعم

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

(ب) هل أنت 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 وأفهم 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) أُمج بموجب هذه الوثيقة شركة متلايف موافقة صريحة لمعالجة بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلقي داخل أو خارج الدولة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر شركة متلايف و/أو مقر الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة و/أو فروعها والشركات التابعة لها و/أو شركاتها لإعادة التأمين و/أو شركائها للأعمال و/أو أي متنازل إليه فعلي أو محتمل أو دائن بديل أو منقول إليه من متلايف) متى كانت معالجة البيانات أو نقلها أو مشاركتها مطلوباً لأي من المستلمين المذكورين أعلاه أو لازماً أو مطلوباً لتنفيذ العقد أو الامتثال لأي التزام تخضع له شركة متلايف بموجب هذا الطلب و/أو وثيقة التأمين أو للامتثال لأي التزام تخضع له شركة متلايف.

*البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواءً كانت «شخصية» أم لا) التي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، حالتني الطبية والعلاجات والوصفات الطبية والأعمال التجارية والعمليات وتفاصيل الاتصال والأرصدة وأنشطة الحساب أو أي معاملات قامت بها متلايف.

(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

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

هم ليسوا من حاملي الجنسية الأمريكية وذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية^(١)

ويعتقد 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.

• 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، تلتزم 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 تلتزم الشركة بإحتساب و الافتتاح بضريبة دخل بمعدل قد يصل إلى ٢١٪ من المبالغ المدفوعة لك.

٢. يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية وأي صندوق إئتماني يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية.

التوقيع

توقيع حامل الوثيقة

التوقيع

توقيع المؤمن عليه

يوافق المؤمن عليه/مالك الوثيقة على قيام متلايف وموظفيها ووكلاؤها 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 فعلياً 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.com/about/privacy وأنت ستراجع أي شروط استخدام أو بيان خصوصية لأي من مقدمي الخدمات المستقبليين 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.

التوقيعات

س	س	٢٠	ش	ش	ي	ي	المدينة	الدولة	اليوم	الشهر	السنة	تم التوقيع في
							اسم حامل الوثيقة بالكامل	الاسم الكامل بخط يده أو يدها	التوقيع	X		
							اسم المستفيد أو المتنازل إليه النهائي بالكامل	الاسم الكامل بخط يده أو يدها	التوقيع	X		
							اسم الشاهد أو الوكيل بالكامل	الاسم الكامل بخط يده أو يدها	التوقيع	X		
							كود الوكيل					

للمساعدة

كيفية تقديم النموذج	كيفية التواصل معنا						
يرجى إرسال المستندات الأصلية إلى: خدمة العملاء - متلايف ص.ب. رقم: ٣٧١٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة	الدولة	الإمارات	الكويت	عمان	البحرين	قطر	أي دولة أخرى
	اتصل بنا	٨٠٠ - متلايف (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣)	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥
	للتواصل عبر البريد	ص.ب. رقم ٣٧١٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة					
	البريد الإلكتروني	CustomerServices.Gulf@metlife.com					
الموقع الإلكتروني	www.metlife-gulf.com						

أمريكان لايف انشورنس كومباني - مسجلة في دولة الإمارات العربية المتحدة بموجب القانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧،

تحت رقم تسجيل ٣٤ في هيئة التأمين ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية برخصة رقم ٢٠٥٣٢٩

أمريكان لايف انشورنس كومباني هي شركة تابعة لمتلايف انك