

Beneficiary Endorsement

Financial / Loan / Credit Facilities



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

Application Number / Policy Number*

Application No. Policy No.* Application Date

Policy Owner / Applicant

First Name* Middle Name Last Name*

Details of Loan

Purpose of loan Amount of loan

Currency of loan Loan duration Amount of insurance coverage requested Currency Coverage amount

Irrevocable Beneficiary

Legal Name

Trade Name

Country of Incorporation

Mailing Address (For Irrevocable Beneficiary)

Country City / Town P.O. Box

Area / Street Building Flat / Villa No.

Telephone - - Mobile - -

E-mail

The designation of the above Irrevocable beneficiary under the aforementioned policy, is a collateral for credit facilities / loans granted by the Irrevocable beneficiary to the policy owner / applicant.

At date of entitlement, provided credit facilities / loans are still due by the policy owner / applicant to the Irrevocable beneficiary, the policy proceeds less any debt on the policy, if any, shall be payable to the Irrevocable beneficiary up to the aggregate outstanding balance of such credit facilities / loans or up to the net amount of the policy proceeds, whichever is less.

This assignment applies to payments made in respect of valid death claims only; valid claims payable due to critical illness, accelerated critical illness, terminal illness, permanent and total disability, hospitalization and/or dismemberment if any will be paid to the policy owner/contingent beneficiary.

The company may pay the policy proceeds, if any, to the Irrevocable beneficiary as per loan currency equivalent to the applicable coverage limits of the policy in the currency stated in the policy specification schedule and subject to the terms of the Irrevocable beneficiary designation, by using an exchange rate determined by the insurance company in accordance with the prevailing official exchange rate at time of payment of the policy proceeds under the policy.

The balance of the net policy proceeds, if any, shall be payable to the "contingent beneficiary" as stated below, reduced by any debt on the policy, if any, with interest thereon, if applicable:

Contingent Beneficiary

Full Name of Beneficiary	Relationship	Date of Birth								Nationality	Residency	Percentage
		D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			
		D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			
		D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			

The records of the company shall be conclusive evidence to the Irrevocable beneficiary and / or the contingent beneficiary of any debt on the policy, if any, while the records of the Irrevocable beneficiary shall be conclusive evidence to the company of the aggregate outstanding balance of the credit facilities / loans, if any.

"I hereby provide MetLife my unambiguous consent to share and transfer my personal data and information related to the policy and / or its status (whether it is lapsed, active or if any premium is overdue) with the Irrevocable beneficiary(ies) mentioned under this endorsement"

Irrevocable beneficiary's
signature (If Applicable)

Signature

Policy owner's signature

Signature

Declarations

(a) 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.

(b) **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.

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):**

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, or trust which is controlled by one or more U.S. persons and is subject to the supervision of a U.S. court.

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.

Irrevocable beneficiary's
signature (If Applicable)

<input checked="" type="checkbox"/>	Signature
-------------------------------------	-----------

Policy owner's signature

<input checked="" type="checkbox"/>	Signature
-------------------------------------	-----------

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	13. Vanuatu	
2. Bahamas	6. Dominica	10. Saint Lucia	14. Panama	
3. Bahrain	7. Grenada	11. Seychelles	15. United Arab Emirates	
4. Barbados	8. Malta	12. Turks and Caicos Islands		

Questions: (All questions are mandatory to answer*)

1. Did you obtain residence rights under a Citizenship by Investment (CBI)/Residence by Investment (RBI) Scheme?* If 'Yes' write type of Scheme below.....

YES NO

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.

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.

Irrevocable beneficiary's
signature (If Applicable)

Signature

Policy owner's signature

Signature

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.

This Endorsement constitutes an integral part of the Policy.

In witness hereof, both the Policy Owner / Applicant and the Irrevocable Beneficiary have signed this Endorsement

on this **D** **D** day of **M** **M** Year

Notes:

- 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.

Signatures*

Signed at			D	D	M	M	20	Y	Y
	City	Country	Day	Month	Year				
Full Name of Policy Owner / Applicant	Full Name in his/her own handwriting			Signature	X				
Full Name of Irrevocable Beneficiary	Full Name in his/her own handwriting			Signature & Company Stamp	X				

The Company has affixed its seal and signature on this Endorsement as an evidence of recording it in its books and, for implementation as above. The Company does not bear any responsibility in respect of the validity or accuracy of the Credit Facilities / Loans and / or the relationship existing between the Policy Owner / Applicant and the Irrevocable Beneficiary.

American Life Insurance Company
(MetLife)

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	Please send original documents to:
Mail us	P.O. Box 371916, Dubai – U.A.E.						Customer Care - MetLife
E-mail us	CustomerServices.Gulf@metlife.com						P.O. Box 371916 Dubai – U.A.E.
Website	www.metlife-gulf.com						

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

أمريكان لايف انшуورنس كومباني
ص ب ٣٧١٩١٦، دبي، الإمارات العربية المتحدة
هاتف: +٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٠٥٥، فاكس: +٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٤٤٥
CustomerServices.Gulf@metlife.com

رقم الطلب/الوثيقة*

رقم الطلب	رقم الوثيقة	تاريخ الطلب
-----------	-------------	-------------

صاحب الوثيقة/مقدم الطلب

الاسم الأول*	الاسم الأوسط	اسم العائلة*
--------------	--------------	--------------

تفاصيل القرض

الغرض من القرض	مبلغ القرض
----------------	------------

عملة القرض	مدة القرض	مبلغ التغطية المطلوبة	التأمينية	المطلوب
------------	-----------	-----------------------	-----------	---------

المستفيد غير القابل للتغيير

الاسم القانوني

الاسم التجاري

بلد التأسيس

(العنوان البريدي) للمستفيد غير القابل للتغيير

البلد	المدينة / البلدة	صندوق البريد
-------	------------------	--------------

الشارع	المبني	رقم الشقة / الفيلا
--------	--------	--------------------

الهاتف*	رمز البلد	رمز المنطقة	رمز البلد	رمز المنطقة	الجوال *
---------	-----------	-------------	-----------	-------------	----------

عنوان البريد الإلكتروني*

يميل تعين المستفيد غير القابل للتغيير المذكور أعلاه ("المستفيد غير القابل للتغيير") بموجب الوثيقة المذكورة أعلاه حماناً للتسهيلات الائتمانية / القروض التي يمنحها المستفيد غير القابل للتغيير لصاحب الوثيقة / مقدم الطلب.

في تاريخ الاستحقاق، تكون التسهيلات الائتمانية / القروض الممنوحة لا تزال مستحقة على صاحب الوثيقة / مقدم الطلب إلى المستفيد غير القابل للتغيير، كما تكون عائدات الوثيقة ناقص أي ديون مستحقة على الوثيقة، إن وجدت، مستحقة الدفع للمستفيد غير القابل للتغيير حتى بلوغ الرصيد الإجمالي المستحق لتلك التسهيلات الائتمانية / القروض أو حتى بلوغ المبلغ الصافي لعائدات الوثيقة، أيها أقل.

ينطبق ذلك على المدفوعات التي تتم فيما يتعلق بمطالبات الوفاة الصحيحة فقط؛ أما المطالبات الصالحة واجبة الدفع نتيجة مرض خطير، والمرض المتتسارع الخطير، والمرض العضال، والعجز الدائم والكلي، ودخول المستشفى و / أو بتر الأطراف إن وجد، فسيتم دفعها لصاحب الوثيقة / المستفيد المحتمل.

يجوز للشركة دفع عائدات الوثيقة، إن وجدت، إلى المستفيد غير القابل للتغيير وفقاً لعملة القرض والمعادلة لحدود التغطية المطبقة للوثيقة بعملة المحددة في جدول مواصفات الوثيقة ورهنها بشروط تعين المستفيد غير القابل للتغيير، باستخدام سعر صرف تحدده شركة التأمين وفقاً لسعر الصرف الرسمي السائد وقت دفع عائدات الوثيقة بموجب الوثيقة.

يكون صافي الرصيد المتبقى في عائدات الوثيقة، إن وجد، مستحقة الدفع إلى "المستفيد المحتمل" كما هو موضح أدناه، بعد خصم أي ديون على الوثيقة والفائدة المترتبة عليها إن وجدت:

المستفيد المحتمل

النسبة	الإقامة	الجنسية	تاريخ الميلاد						العلاقة	الاسم الكامل للمستفيد الجديد
			سنة	سنة	سنة	سنة	شهر	شهر		

تمثل سجلات الشركة دليلاً قاطعاً على المستفيد غير القابل للتغيير / أو المستفيد المحتمل فيما يتعلق بأي دين مستحقة على الوثيقة، إن وجد، في حين تمثل سجلات المستفيد غير القابل للتغيير دليلاً قاطعاً للشركة فيما يتعلق بـ"الرصيد المستحق للتسهيلات الائتمانية / القروض، إن وجدت".

"أقدم بموجبه موافقة صريحة لا ينس فيها إلى متلايف على مشاركة ونقل بياناتي ومعلوماتي الشخصية المتعلقة بالوثيقة و / أو حالتها (سواء كانت متوقفة أو نشطة أو كان هناك أي قسط متأخر) مع المستفيد (المستفيدين) غير القابل للتغيير المذكور في هذا الإقرار"

التواقيع	X
----------	---

توقيع صاحب الوثيقة

التواقيع	X
----------	---

(أ) أدرك أن التغطية و / أو الدفع بموجب عقد التأمين لن يتم في الحالات التالية: (١) إذا كان حامل وثيقة التأمين أو المؤمن عليه أو الشخص الذي يحق له الحصول على هذه المدفوعات يقيم في بلد يخضع لعقوبة؛ أو (٢) إذا كان حامل وثيقة التأمين أو المؤمن عليه أو الشخص الذي يحق له الحصول على هذه المدفوعات مدرج في قائمة مكتب مراقبة الأصول الأجنبية (OFAC) ضمن المواطنين المحظوظين والمحددين بشكل خاص (SDN) أو قائمة تحديد العقوبات القطاعية لدى مكتب مراقبة الأصول الأجنبية (OFAC) أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى؛ أو (٣) إذا كانت المطالبة بالدفع تتعلق بخدمات تم الحصول عليها في أي بلد خاضع للعقوبة. أدرك كذلك أن الشركة لن تكون مسؤولة عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي تغطية أو ميزة تأمينية إلى الحد الذي يؤدي فيه تقديم هذه التغطية أو الميزة التأمينية إلى تعرض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين معنوي بها.

(ب) تحويل البيانات: أنا أمنج متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة بياناتك الشخصية إلى أي متلايف سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، شركاتها الشقيقة، 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 (ه) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لمتلايف. متلايف تضمن بأن يتلزم المتلايف بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإن متلايف توكل التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية. لغایات التوضیح، تعنی بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحیة، معلومات تدل عن هویتك، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

إقرار دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية (IRS): *

يشهد مقدم الطلب (الطلبات)، لدى تقديم هذا النموذج وتوقيعه، بأن المؤمن عليه والمؤمن عليه المشترك ومقدم الطلب وأي مستفيد (مستفيدين) معين: (حدد الإجابة التي تتطابق)

مواطنًا أمريكيًا ليس مواطنًا أمريكيًا لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية (١) (٢)

يواافق مقدم الطلب (مقدمو الطلب) على إبلاغ الشركة في غضون ثلاثة (٣) يومًا من معرفة مقدم الطلب بهذا التغيير في المعلومات.

إذا أصبح مقدم الطلب (مقدمو الطلب) أو أي مستفيد معين مواطنًا أمريكيًا لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالي الأمريكية أو إذا قام مقدم الطلب بالتنازل عن وثيقة التأمين إلى ذلك المواطن الأمريكي. يرجى ملاحظة أن تقديم أي بيان كاذب أو محرف للحالة الضريبية من قبل مواطن أمريكي قد يؤدي إلى فرض عقوبات بموجب قانون الولايات المتحدة. إذا كنت مواطنًا أمريكيًا، فاماً التفاصيل أدناه:

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي لمقدم الطلب (مقدمي الطلب) والمؤمن عليه:

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي للمستفيد (المستفيدين):

١. هذا السؤال لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية. تتطلب دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية من الشركة الإفصاح عن الدخل الخاضع للضريبة المدفوع لأشخاص يخضعون لضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية. يرجى ملاحظة أنه إذا كنت مواطنًا أمريكيًا لأغراض الضريبة في الولايات المتحدة ولم تقدم رقم التعريف الضريبي الأمريكي للشركة، فإن دائرة الإيرادات الداخلية تطلب من الشركة اقتطاع الضريبة من مدفوعات الدخل الخاضعة للضريبة التي تم دفعها إليك ببنسبة تصل إلى ٣٪.

٢. لأغراض هذا الإقرار، الشخص الأمريكي هو مواطن أمريكي أو شخص مقيم في الولايات المتحدة، أو شراكة بالولايات المتحدة، أو شركة إدارة أموال يسيطر عليها شخص أمريكي واحد أو أكثر تخضع لإشراف محكمة أمريكية.

إقرار قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية (FATCA)

يواافق المؤمن عليه / صاحب الوثيقة على اطلاع متلايف وموظفيها وكلائها عن أي معلومات سرية إلى:

(١) أي عضو في المجموعة ومتلايف متلايف في أي ولاية قضائية (ويشار إليهم مع متلايف بلفظ "الأطراف المسموح بها")؛

(٢) أي شخص وفقًا لما يقتضيه أي قانون (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية) أو سلطة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية) لها اختصاص على أي من الأطراف المسموح بها؛

(٣) المستشارون المهنيون، وشركة التأمين، وعميد التأمين و يقدمو الخدمات للأطراف المسموح بها الذين يقع عليهم واجب السرية تجاه الأطراف المسموح بها؛

(٤) أي متنازل إليه أو محل له أو منقول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بأي من حقوق و / أو التزامات متلايف بموجب هذه الوثيقة (أو أي وكيل أو مستشار لأي مما سبق)؛

"المعلومات السرية" تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه / صاحب الوثيقة (سواء كانت محددة على أنها "سرية" أم لا) والتي تم الإفصاح عنها بأي وسيلة بما يشكل مباشر أو غير مباشر أو علني تتعلق بأعمال أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه / صاحب الوثيقة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، تفاصيل الاتصال، أو رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي، أو أرصدة / أنشطة الحساب أو أي معاملات تتم مع متلايف)."

تقوم متلايف بخصوص أي اقتطاع مطلوب بموجب قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الولايات المتحدة ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق، وفق مطلق تقديرها، في إنهاء الوثيقة في حالة عدم تقديم الوثائق المناسبة لوضع المؤمن عليه / صاحب الوثيقة من حيث كونه مواطنًا أمريكيًا أو غير أمريكي لأغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الوقت المناسب إلى متلايف. على وجه الخصوص، في حالة حظر القوانين أو اللوائح المحلية المعمول بها الاقتطاع من الحساب الحساب أو حظر الإبلاغ المالي عن الحساب، ولم يتم الحصول على أي إفاءة من هذا القانون المحلي، تحتفظ متلايف بالحق في إغلاق ذلك الحساب.

التواقيع

X

توقيع صاحب الوثيقة

التواقيع

X

توقيع المستفيد

غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

معيار الإبلاغ المشترك (CRS)، هو معيار لتبادل المعلومات الضريبية وضعته منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) وتمت الموافقة عليه في 15 يوليو 2014.

يرجى إكمال الجدول التالي الذي يوضح (١) المواطن الضريبي لصاحب الحساب (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 أدنى:

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	رقم التعريف الضريبي	إذا لم يتوفر رقم التعريف 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- سيسيل	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"، ذكر نوع البرنامج أدناه.....
نعم لا

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

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؟
رجاء 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 للبنود والشروط التي تحكم علاقة صاحب الحساب مع متلايف والتي تحدد كيفية قيام متلايف 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) وتباينه 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 بنيابة عن صاحب الحساب) عن الحساب أو الحسابات المتعلقة بهذا النموذج

أقر بأن جمع البيانات الواردة في هذا الإقرار، على حد علمي واعتقادي، صحيحة و كاملة.

تعهد بإبلاغ متلايف 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 أنه يتعهد بتزويد متلايف ببيان وتصديق ذاتي محدث حسب الأصول في غضون ٩٠ يوماً من هذا التغيير في الظروف.

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 التأكيد 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 الإلكترونية، فمن واجب إلغاء هذا التفويض بموجب مستند خطى 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 المستقلين 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.

يشكل هذا الإقرار جزءاً لا يتجزأ من الوثيقة.

وإشهاداً على ذلك، قام كل من صاحب الوثيقة / مقدم الطلب والمستفيد غير القابل للتغيير بالتوقيع على هذا الإقرار

في يوم شهر من السنة

ملاحظات:

١. نموذج الطلب صالح لمدة ٢٠ يوماً 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.

التوقيع: *

٢٠ سنة شهر يوم في الموقع

البلد

المدينة

التوقيع

الاسم الكامل بخط اليد

الاسم الكامل لصاحب
الوثيقة / مقدم الطلب

التوقيع وختم الشركة

الاسم الكامل بخط اليد

الاسم الكامل للمستفيد
غير القابل للتغيير

قامت الشركة بوضع ختمها وتوقيعها على هذا الإقرار كدليل على تسجيله في دفاترها وإنفاذه على النحو المذكور أعلاه. لا تتحمل الشركة أي مسؤولية فيما يتعلق بصحّة أو دقة التسهيلات الائتمانية / القروض و / أو العلاقة القائمة بين صاحب الوثيقة / مقدم الطلب والمستفيد غير القابل للتغيير.

أمريكان لايف انشورنس كومباني
(متلايف)

التاريخ يوم شهر سنة سنة شهر سنة شهر سنة

للمساعدة

كيفية تقديم النموذج	كيفية التواصل معنا						
يرجى إرسال المستندات الأصلية إلى:	أي دولة أخرى	قطر	البحرين	عمان	الكويت	الإمارات	الدولة
خدمة العملاء - متلايف ص.ب. رقم: ٣٧٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٠٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ - متلايف (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣)	اتصل بنا
ص.ب رقم ٣٧٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة							لتوصيل البريد
CustomerServices.Gulf@metlife.com							البريد الإلكتروني
www.metlife-gulf.com							الموقع الإلكتروني

أمريكان لايف انشورنس كومباني -مسجلة في دولة الإمارات العربية المتحدة بموجب القانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧، تحت رقم تسجيل ٣٤ في البنك المركزي ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية برخصة رقم ٢٥٣٩

أمريكان لايف انشورنس كومباني هي إحدى الشركات التابعة لمتلايف إنك