

# Policy Partial Surrender /Profit Booking



## 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 to request for a partial surrender of a policy that has a surrender 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 partial surrender form; (2) Valid passport copy or copy of valid I.D.; (3) Valid residency copy (if applicable); (4) Policy replacement/reduction form in case of transfer to another policy (if applicable); (5) Original bank release form for policies which are assigned to the bank (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.\*

**Policy Owner's Details**

First name\*

Middle name

Last name\*

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.

Application is hereby made for partial surrender of my policy and the payment of partial surrender value (less any indebtedness to the company secured by the policy) in accordance with the partial surrender provision in the policy.

Please select **ONLY ONE** from below options - applicable as per policy Terms & Conditions of policy:

<b>Partial Surrender</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Maximum partial amount available including charges
	Maximum free partial amount available	
	Partial Surrender Amount (in policy currency) _____	
	Withdrawal Percentage (%) _____ (maximum limit applicable as per product)	
<b>OR</b>		
<b>Profit Booking</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Maximum available profit amount
	Profit Booking Amount (in policy currency) _____	

**Special instructions, if any: (subject to approval under the company's guidelines)\***

  

\* In case the partial surrender option selected or special instruction mentioned is not available, the request will not be processed. 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.

**Preferred method of payment\***

**Wire transfer** (Please complete Section I)     **transfer to another policy** (Please complete Section II)

**I. Please provide your bank account details below:\***

IBAN No.\*

Bank Account No.\*

Irrevocable beneficiary's  
signature (If applicable)

 Signature

Policy owner's signature

 Signature

Name of Bank Account Holder*		Account Currency	
Bank Name*		Bank Address	
Branch Code (If applicable)		Swift Code*	
IFS (Indian Financial Security Code)		Sort Code (UK)	
City		Routing Code (US)	
Country			

**\*Notes:**

- Bank charges might be applicable for Bank Transfer.
- If the bank account holder is not the same as the policy owner or if owner's bank account details are incomplete, or incorrect the wire transfer request will be rejected.
- IBAN is required for all accounts that have one. For the countries that do not use IBAN, please provide your account number and swift code.

## II. Comments:

--

## 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.

(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/their respective bank 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. Units may not be held or transferred to investors who are U.S. federal income tax purposes.

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.

Irrevocable beneficiary's  
signature (If applicable)

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

Policy owner's signature

<input checked="" type="checkbox"/>	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.

### 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

.....

Irrevocable beneficiary's  
signature (If applicable)

Signature

Policy owner's signature

Signature

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.

#### **E-mail Declaration:**

1- Notifications: I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices electronically (including but not limited to short message services "SMS", emails and any other electronic means or methods of communications ("notifications"). I accept receiving notifications and understand that MetLife makes no warranty that the notifications 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 notifications error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving the notifications. MetLife is not responsible for non-receipt of notifications due to invalidity of the addresses or other technical problems.

2- Sending and receiving the documents electronically: By providing my e-mail address and signing this application I agree to receive from MetLife the policy document, certificate and / or any other documents and to send to MetLife all types of documents and information related to the policy ("Documents") via electronic mail ("E-mail"). I am fully aware that having chosen this electronic means of sending or receiving information & documents, it is my responsibility to ensure that the E-mail address I have provided in this application is correct at all times, and that it is my responsibility to inform MetLife immediately should my E-mail address change or should I cease to receive the documents. I agree that all information & documents sent to or received from my E-mail address as stated in this application will be considered valid and originated from me or sent to me personally. MetLife is not responsible for non-receipt of E-mails due to invalid E-mail addresses or other technical problems related to my E-mail service.

I acknowledge that if I opt to change my E-mail address with MetLife, or if I would like to receive a paper copy of the documents, or if I believe that I have not received my documents, I will notify MetLife immediately.

By signing this application, I understand and agree that if I wish to discontinue receiving documents electronically it is my obligation to revoke this authorization by another written document. By signing this application also, I declare that I have read and understood MetLife's privacy policies and terms of use on [www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy](http://www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy) and I will review any terms of use or privacy statement of any future service providers used by MetLife.

I understand that although MetLife takes every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of my information. I consent to provide my E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

**I hereby agree that upon approval of this request by MetLife, the actual proceeds paid will be based on the net cash surrender value of the funds selected by me, as on the date of processing this request by MetLife and not as per the submission date of this request. Deduction of any additional charges specified in the policy document /charge sheet shall apply. I understand that from the date of submission of complete documentation to MetLife, the Standard TAT is 8 to 15 working days or up to a maximum period as communicated in the product terms and conditions.**

#### **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							How to submit the form
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	<p>Please send <b>original</b> documents to:</p> <p><b>Customer Care</b> - MetLife P.O. Box 371916 Dubai – U.A.E.</p>
Mail us	P.O. Box 371916, Dubai – U.A.E.						
E-mail us	CustomerServices.Gulf@metlife.com						
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

أمريكان لايف انشورنس كومباني  
ص ب ٣٧١٩١٦، دبي، الإمارات العربية المتحدة  
هاتف: +٩٦١ ٤١٥ ٤٤٤٥، فاكس: +٩٦١ ٤١٥ ٤٤٤٥  
CustomerServices.Gulf@metlife.com

استخدم هذا النموذج لطلب تصفيية جزئية للوثيقة. يرجى ملء هذا النموذج بالكامل لتجنب أي تأخير في المعالجة. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في ملء هذا النموذج، يرجى الاتصال بممثل خدمة العملاء لدينا.

**المطلبات:** (١) نموذج تصفيية جزئية للوثيقة؛ (٢) صورة من جواز سفر ساري أو صورة من البطاقة الشخصية السارية؛ (٣) صورة من إقامة سارية (إن وجدت)؛ (٤) نموذج استبدال / تخفيض الوثيقة في حالة التحويل إلى وثيقة أخرى (حيثما ينطبق)؛ (٥) نموذج إفراج بنكي أصلي للوثائق المنقولة للبنك (حيثما ينطبق).

ملاحظات:

١. نموذج الطلب صالح لمدة ٣٠ يوماً فقط من تاريخ التوقيع ولن يتم معالجة نموذج الطلب المتهي الصلاحية.

٢. جميع الخاتات التي تحمل علامة \* وجميع الأقسام إلزامية ملؤها في نموذج الطلب.

٣. قد يتم طلب متطلبات أخرى عند مراجعة نموذج الطلب.

#### تفاصيل الوثيقة

الوثيقة رقم\*

تفاصيل صاحب الوثيقة

الاسم الأول\*  الاسم الأوسط  الاسم العائلة\*

رقم الجوال\*  البريد الإلكتروني\*  - البريد المنطقية -  - رمز البلد

عنوان البريد\*<sup>١</sup>  المدينة  ص.ب

عنوان البريد\*<sup>٢</sup>  البلد

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

يرجى ذكر جميع الجنسيات\*: (١)  (٢)  (٣)

الإقامة\*

(٤)  (٥)  (٦)

\* «الإقامة» هي أي مكان قد تكون ملزماً فيه ب تقديم إقرارات ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية القضائية وأو حيث تتمتع بحقوق الإقامة.

يتم تقديم الطلب بموجب هذا من أجل التنازل الجزئي عن وثيقتي ودفع قيمة التنازل الجزئي (ناقصاً أي مديونية للشركة مضمونة بموجب الوثيقة) وفقاً لشروط التنازل الجزئي في الوثيقة.

يرجى تحديد خيار واحد فقط من الخيارات أدناه - ينطبق وفقاً لشروط وأحكام الوثيقة:

الحد الأقصى للمبلغ الجزئي المتاح بما في ذلك الرسوم

الحد الأقصى للمبلغ الجزئي المتاح بما في ذلك الرسوم

التصفيية الجزئية

مبلغ التصفيية الجزئية (عملة الوثيقة)

نسبة السحب (%) (الحد الأقصى المطبق حسب البرنامج)

أو

الحد الأقصى للحجز الأرباح المتاح

حجز الأرباح

مبلغ الحجز الأرباح (عملة الوثيقة)

تعليمات خاصة، إن وجدت: (خاضعة للموافقة بموجب إرشادات الشركة)\*

\* في حالة عدم توفر خيار الاستسلام الجزئي المحدد أو التعليمات الخاصة المذكورة، فلن يتم معالجة الطلب. هو أي مكان قد تكون ملزماً فيه ب تقديم إقرارات ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية القضائية وأو حيث تتمتع بحقوق الإقامة.

التوقيع  X

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع  X

توقيع المستفيد  
غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

## طريقة الدفع المفضلة \*

التحويل إلى وثيقة أخرى (يرجى إكمال القسم ٢)

الحوالة المصرفية (يرجى إكمال القسم ١)

الرجاء تعبئة تفاصيل الحساب البنكي:

رقم IBAN

رقم الحساب المصرفي \*

اسم صاحب الحساب المصرفي \*

عملة الحساب \*

عنوان البنك

رمز السويفت \*

رمز التصنيف  
(المملكة المتحدة)

رمز التوجيه  
(الولايات المتحدة)

اسم البنك \*

رمز الفرع  
(حيثما ينطبق)

رمز النظام المالي  
الهندي IFS

المدينة

البلد

قد تفرض رسوم مصرفية على الحوالة المصرفية

إذا لم يكن صاحب الحساب المصرفي هو نفسه صاحب الوثيقة أو إذا كانت تفاصيل الحساب المصرفي لصاحب الوثيقة غير كاملة أو غير صحيحة. سيتم رفض طلب التحويل.

يلزم تقديم رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN لجميع الحسابات التي تحتوي على ذلك الرقم . بالنسبة للدول التي لا تستخدم رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN يرجى

تقديم رقم حسابك ورقم السويفت

## \* ملاحظات:

- 
- 
- 

## ٢. تعليقات:

تعليمات خاصة، إن وجدت: ( تخضع للموافقة بموجب إرشادات الشركة )

## الإقرارات

(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 معنول بها.

(ب) 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 المنسقة، شركات إعادة التأمين، شركات في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين وأمزودي 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) الالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لمتلايف. متلايف تضمن بأن يلتزم المتلقى بالالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سريعة بياناتك الشخصية، كذلك فإن متلايف توكل التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بها هذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية. لغایات التوضیح، تعنی ببياناتك الشخصية أي ببيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحیة، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

أخول وأصرح بموجهه لمتلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات عبر خدمة الرسائل النصية القصيرة "SMS" وأوافق على تلقي الرسائل النصية القصيرة وأدرك أن متلايف لا تقدم أي ضمانات بأن الرسائل النصية القصيرة لن تتوقف أو تخلو من الأخطاء، ولن يتم اعتبار أو معاملة أي خطأ أو توقف من هذا القبيل بأي شكل من الأشكال كمصدر لخلق مسؤولية على متلايف، وأقر أنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد متلايف عن أي خطأ في الرسائل القصيرة أو توقف لها أو لأي سبب يتعلق ببنائي / عدم تلقي الرسائل النصية القصيرة.

## التصريحات الخاصة بمصلحة الضرائب الأمريكية \*

لدى 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 المستفيد:  ليسوا من حاملي الجنسية الأمريكية و ذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٢٠) هم

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 أمريكيًّا 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 بالمستفيد

التوقيع

X

توقيع صاحب الوثيقة

٢ من ٤

التوقيع

X

توقيع المستفيد

غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

- لإعتبارات خاصة بضربي الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية، تلزم دائرة الضرائب الأمريكية الشركة بإبلاغها عن أي مدخل يتم دفعه إلى أشخاص خاضعين لضربي الدخل الفيدرالية للولايات المتحدة الأمريكية. يرجى الملاحظة بأنه في حال كنت شخصاً أمريكي، لإعتبارات ضربة الدخل المشار إليها أعلاه ولم تقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة، فإن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإحتساب و الاقتطاع بضربي دخل بمعدل قد يصل إلى ٣٠٪ من المبالغ المدفوعة لك.
- يعتبر شخصاً أمريكي أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية وأي صندوق إنتمائي يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف و مراقبة المحاكم الأمريكية.

## قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية

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

- أي عضو مجموعة وممثل "متلايف" في أي أقليم أو دولة كانت (معاً مع متلايف "الأطراف المسموح لهم");
- 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،
- المستشارين المهنيين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونوا تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،
- أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلايف بموجب هذه وثيقة (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 عمالء 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 لضربي 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.

## إقرارات معيار الإبلاغ المشترك\*

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 التعريف الضريبي، أدخل السبب "أ" أو "ب" أو "ج"	إذا تم اختيار السبب "ب"، فيرجى التوضيح

يرجى إكمال الأربعة أسلة 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	١٣- فانواتو	١٤- بينما	١٥- الإمارات العربية المتحدة
٢- جزر البهاما	٦- دومينيكا	١٠- سانت لوسيا				
٣- البحرين	٧- غرينادا	١١- سيشيل				
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

التواقيع  X

توقيع صاحب الوثيقة

التواقيع  X

توقيع المستفيد  
غير القابل للتغيير (حينما ينطبق)

٣. هل قضيت أكثر من ٦٠ يوماً في أي دولة (دول) أخرى خلال العام السابق؟ \*  
إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه

٤. في أي ولاية (ولايات) قضائية قدمت إقرارات ضريبية الدخل الشخصية خلال العام السابق \*  
رجاءً إضافة اسم الدولة. إذا لم تكن قد قدمت إقرارات ضريبية 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) وتبادلها مع السلطات الضريبية بلد (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 متلايف بأى 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 بتنزويه متلايف باتفاق وتصديق ذاتي محدث حسب الأصول في غضون ٩٠ يوماً من هذا التغيير في الظروف.

## الإقرار عبر البريد الإلكتروني

١- الإشعارات: أخوّل بموجبه متلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات الإلكترونية (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، خدمة الرسائل النصية القصيرة "SMS" ورسائل البريد الإلكتروني وأي وسيلة أو وسائل الكترونية أخرى للاتصالات والمراسلات ("الإشعارات"). وأوافق على تلقي الإشعارات وأدرك أن متلايف لا يقدم أي ضمانات بأن الإشعارات لن تتوقف أو تخلو من الأخطاء، وإن يتم اعتبار أو عاملة أي خطأ أو توقف من هذا القبيل ك مصدر لخلق شكل من الأشكال أي مسؤولية على متلايف، وأقر أنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد متلايف عن أي خطأ في الإشعارات أو توقف لها أو لاي سبب يتعلق بذلك / عدم تلقي تلك الإشعارات. كما لا تتحمل متلايف أي مسؤولية عن عدم تلقي الإشعارات بسبب عدم صلاحية العناوين أو أي مشاكل فنية أخرى.

٢- إرسال الوثائق واستلامها الإلكتروني: من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني وتوقيع هذا الطلب، أوافق على استلام وثيقة التأمين والشهادة و / أو أي مستندات أخرى من متلايف وإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بالوثيقة ("الوثائق") إلى متلايف عبر البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). أدرك تماماً أنه بموجب اختيار هذه الوسيلة الإلكترونية لإرسال المعلومات والوثائق أو استلامها، فإني أتحمل مسؤولية التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته في هذا الطلب في جميع الأوقات، كما أتحمل مسؤولية إبلاغ متلايف على الفور في حال تغيير عنوان البريد الإلكتروني أو التوقف عن استلام الوثائق. أوافق على أن جميع المعلومات والوثائق المرسلة إلى عنوان بريدي الإلكتروني أو المستلمة منه على النحو الوارد في هذا الطلب تعتبر صالحة وتُعتبر عندي أو مرسلة لي شخصياً. ولا تتحمل متلايف مسؤولية عدم استلام رسائل البريد الإلكتروني غير الصالحة أو أي مشكلات فنية أخرى تتعلق بخدمة البريد الإلكتروني.

أقر بأنه إذا اخترت تغيير عنوان بريدي الإلكتروني الخاص بالمراسلة مع متلايف، أو إذا كنت أرغب في استلام نسخة ورقية من الوثائق، أو إذا لم أتسلم الوثائق المطلوبة، فسوف أخطر متلايف على الفور.

بتوقيع هذا الطلب، أدرك وأوافق على أنه إذا كنت أرغب في التوقف عن استلام الوثائق الإلكترونية، فإنه يجب على إلغاء هذا التفويض من خلال مستند كتابي آخر، وبتوقيع هذا الطلب أيضاً، أقر بأنني قد قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام الخاصة بممتلكاتي والمتوفرة على [www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy](http://www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy) وسأقوم بمراجعة أي شروط استخدام أو بيان خصوصية لأي من مقدمي الخدمات في المستقبل من تسعين بهم متلايف.

أدرك أنه على الرغم من اتخاذ متلايف كل الاحتياطات الازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، لا تضمن متلايف سلامة معلوماتي. أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم إدراجها في قائمة البريد الإلكتروني لممتلكاتي وأقبل أي مخاطر كامنة تتعلق باتصالات البريد الإلكتروني.

أوافق بموجبه على أنه بعد موافقة متلايف على هذا الطلب، ستنتمي العائدات الفعلية المدفوعة إلى صافي قيمة الاسترداد النقدي للأموال التي اخترتها، في تاريخ معالجة هذا الطلب من جانب متلايف وليس في تاريخ تقديم هذا الطلب. سيتم تطبيق خصم أي رسوم إضافية محددة في مستند الوثيقة / صيغة الرسوم. أدرك أنه اعتباراً من تاريخ تقديم الوثائق الكاملة إلى متلايف، فإن الوقت القياسي للمعالجة يكون من ٨ إلى ١٥ يوم عمل أو بحد أقصى للفترة الموضحة في شروط وأحكام المنتج.

## التوقيع \*

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

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: ٣٧١٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٠٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٧٠٨	+٩٦٥ ٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ - متلايف (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣)	اتصل بنا
ص.ب رقم: ٣٧١٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة							التوصل عبر البريد
CustomerServices.Gulf@metlife.com							البريد الإلكتروني
www.metlife-gulf.com							الموقع الإلكتروني

أمريكان لايف انشورنس كومپاني -مسجلة في دولة الإمارات العربية المتحدة بموجب القانون الإتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧، تحت رقم تسجيل ٣٤ في البنك المركزي ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية برخصة رقم ٢٠٢٩.