

الموقع أدناه / مؤمن بموجب البوليصة رقم [] على حياة [] يلتمس بموجب هذا الطلب من أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف) إدخال التعديل / التعديلات المؤشر عليها أدناه بأية وسيلة مقبولة من الشركة.

يسري مفعول هذا التعديل اعتباراً من [] بالشروط المبينة أدناه
 زيادة المستفيد تغيير المستفيد

الإسم الكامل للمستفيد	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	العنوان	الجنسية

تغيير طريقة الدفع من [] إلى [] ابتداء من تاريخ القسط المستحق في []

تغيير العنوان / المهنة إلى []

التوقيع السابق [] التوقيع الجديد []

جدول بالمنافع الجديدة المطلوبة (أذكر جميع المنافع، بما فيها المنافع الغير مطلوب تعديلها)

المنافع	طالب التأمين	الزوج	الممول ()	القسط السنوي
الوفاة فصل الأعضاء والعجز كلي الدائم بحدوث	المبلغ الأساسي تعويض مضاعف: النقل العام <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا للمسافر جواً <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	المبلغ الأساسي تعويض مضاعف: النقل العام <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا للمسافر جواً <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	المبلغ الأساسي	
إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن الحادث	القيمة	القيمة	القيمة	
الدخل في حالة العجز عن الحادث	الدخل الاسبوعي	الدخل الاسبوعي	لا يُطبق	
الدخل عن الإستشفاء نتيجة لحادث أو مرض	الدخل الاسبوعي	الدخل الاسبوعي	الدخل الاسبوعي	
المصاريف الجراحية في المستشفى نتيجة لحادث أو مرض	الحد الأقصى للتعويض	الحد الأقصى للتعويض	الحد الأقصى للتعويض	
الدخل الشهري مدى الحياة	التعويض الشهري	التعويض الشهري	لا يُطبق	
نماذج عقود اضافية و تظاهرات				

المجموع	
طوابع - ضرائب ورسوم	
مجموع القسط السنوي	[] الرجاء ذكر معدل الدخل الأسبوعي خلال الأثنى عشر شهراً الماضية:
عامل تعديل القسط	<input type="checkbox"/> إعادة سريان: أتقدم بطلب إعادة سريان البوليصة المذكورة أعلاه.
القسط المعدل	دفعت مع هذا الطلب مبلغ: []

تصريح يتعلق بجميع المؤمن عليهم المسمين:

أشهد أنه لم يحدث تغيير في حالتي الصحية، و أني لم أنل بتاتا أية رعاية أو إستشارة طبية أو فحص طبي، ولم أجري أية فحوصات طبية، وخصوصاً فحوصات الدم المتعلقة بفيروس نقص المناعي البشري (الإيدز)، منذ تاريخ إملاء طلبي للحصول على بوليصة تأمين لدى أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف)، وبالإضافة، فإن كل أجوبتي كما هي مدونة في الطلب المذكور وخاصة فيما يتعلق بمهنتي، لازالت صحيحة (بإستثناء ماهو مذكور أدناه). أدرك أن إعادة سريان بوليصتي مشروط بصحة هذا التصريح، كما أصرح زيادة على ما تقدم أنه في حال إعادة سريان بوليصتي، أني أدرك وأوافق أنها ستغطي الضرر الحاصل بعد تاريخ إعادة السريان هذه وحسب شروط البوليصة. (إذا كان الطالب أنثى متزوجة) أصرح زيادة على ما تقدم أنني لست حاملاً الآن.

أمنح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلقٍ خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ العقد أو للائتمان لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية وجهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بالشركة.

أخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجبة التطبيق والنفاذ على الشركة فيما يتعلق بالعقوبات الدولية وأوافق أنه لغرض الائتمان بالعقوبات المحلية والدولية بما في ذلك العقوبات الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية والأمم المتحدة، ويجوز للشركة وفق تقديرها الخاص اتخاذ أي إجراء تراه ملائماً فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصة التأمين الخاصة بي وأوافق استمراري نفاذها.

الإقرارات

- أوافق على أن ترسل لي الشركة الإخطارات والإشعارات عن طريق خدمة الرسائل القصيرة على الهاتف الخليوي، كما ووافق على أن أتلقى هذه الرسائل القصيرة وأن الشركة لا تقدم أي ضمان بأن الرسائل القصيرة سيتم إرسالها دون انقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو انقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لإنشاء أية مسؤولية على الشركة. وأتعهد بأنني لن أبأشر بإقامة أي دعوى أو مطالبة ضد الشركة من جراء أي خطأ أو انقطاع للرسائل القصيرة لأي سبب من الأسباب من جراء استقبال/عدم استقبال الرسائل القصيرة.
 - أخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجبة التطبيق والنفاذ على الشركة فيما يتعلق بالعقوبات الدولية وأوافق أنه لغرض الائتمان بالعقوبات المحلية والدولية بما في ذلك العقوبات الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية والأمم المتحدة، ويجوز للشركة وفق تقديرها الخاص اتخاذ أي إجراء تراه ملائماً فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصة التأمين الخاصة بي و/أو استمرار نفاذها.
 - أمنح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلقٍ خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ العقد أو للائتمان لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية وجهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بالشركة.
- *البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات التي تخصني (سواء كانت شخصية أو غيرها) والتي يتم الكشف عنها إلى متلائف بأية طريقة مباشرة أو غير مباشرة والتي تتعلق بالحالات الصحية أو الأدوية أو الصفات الطبية أو العمل أو العمليات أو بيانات الاتصال أو أرصدة/أنشطة الحسابات أو أي معاملات تقوم بها متلائف، وذلك على سبيل المثال لا الحصر.

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⁽¹⁾

ويوافق طالب التأمين على إبلاغ الشركة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ معرفته بحصول أي تغيير في حال أصبح طالب التأمين و/أو أي من المستفيدين المعينين شخصاً أمريكياً خاضعاً لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية أو في حال تحويل طالب التأمين هذه البوليصة لشخص أمريكي خاضع لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية. تجدر الإشارة بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان كاذب لشخص أمريكي الجنسية حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي إلى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية.

• رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بطالب التأمين و المؤمن عليه

• رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بالمستفيدين

١. لإعتبارات خاصة بضريبة الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية، 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 الاقتطاع بضريبة دخل بمعدل قد يصل إلى ٣١٪ 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.

قانون الائتمان الضريبي على الحسابات الأجنبية

يوافق المؤمن عليه/مالك البوليصة على قيام متلائف وموظفيها ووكلائها بالإفصاح عن أي معلومات سرية ل:

١. أي عضو مجموعة وممثلي "متلائف" في أي إقليم أو دولة كانت (معا مع متلائف "الأطراف المسموح لهم")؛
٢. أي أشخاص حسب ما يكون مطلوب بموجب أي قانون (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الائتمان 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،
٣. المستشارين المهنيين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونوا تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،
٤. أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلائف بموجب هذه بوليصة (أو أي وكيل أو مستشار لأي من ما سبق)، و

المعلومات السرية: تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/مالك البوليصة (سواء حدد على أنه "سري" أم لم يحدد) والتي تم الإفصاح عنها بواسطة أي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلائف والتي تخص العمل التجاري أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه/مالك البوليصة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال، رقم الهوية الضريبية/رقم الضمان الاجتماعي، أرصدة الحسابات/الأنشطة أو أي معاملات جارية مع متلائف).

سوف تقوم متلائف باستقطاع أي ضريبة مفروضة بموجب قانون الائتمان الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA").

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

يُرجى تعبئة الجدول التالي مع توضيح ما يلي: (أ) مكان الإقامة الضريبية لصاحب الحساب. (ب) رقم التعريف الضريبي لصاحب الحساب في كل دولة مشار إليها. ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيماً لأغراض ضريبية في أكثر من ثلاث دول يُرجى تعبئة ورقة منفصلة. إذا كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر يُرجى تحديد السبب المناسب من بين الخيارات "أ" أو "ب" أو "ج" الواردة أدناه:

السبب أ

الدولة المقيم فيها صاحب الحساب لا تقوم بإصدار رقم تعريف ضريبي للمقيمين فيها.

السبب ب

صاحب الحساب غير قادر على الحصول على رقم التعريف الضريبي أو ما يعادله (يُرجى توضيح سبب عدم القدرة على تقديم البيانات المطلوبة).

السبب ج

رقم التعريف الضريبي غير مطلوب (ملاحظة: اختر هذا السبب فقط إذا كان القانون المحلي بالدولة ذات الصلة لا يتطلب تقديم رقم التعريف الضريبي الصادر عن هذه الدولة).

بلد الإقامة الضريبية	رقم التعريف الضريبي	إذا كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر فاذكر السبب "أ" أو "ب" أو "ج"	إذا ذكرت السبب "ب" يرجى التوضيح
١.			
٢.			
٣.			

أقر بأنني أتفهم أن المعلومات التي تقدمت بها مشمولة في جميع الشروط والأحكام التي تنظم علاقة صاحب الحساب مع شركة "متلايف" والتي تحدد كيفية استخدام شركة "متلايف" للمعلومات التي تقدمت بها وكيفية مشاركتها. كما أقر بأنه ربما يتم تقديم المعلومات المضمنة في هذا النموذج وكذلك المعلومات التي تخص صاحب الحساب وأي حساب/حسابات يمكن الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد المحفوظ بالحساب، ومن الممكن تبادلها مع السلطات الضريبية لبلد أو بلدان أخرى يقيم فيها صاحب الحساب لأغراض ضريبية وذلك عملاً بالاتفاقيات الدولية الخاصة بتبادل معلومات الحسابات المالية. وأشهد بأنني أنا صاحب الحساب (أو مُمَوَّل بالتوقيع نيابة عن صاحب الحساب) فيما يخص جميع الحساب/الحسابات التي يمتلكها صاحب حساب المتعلق به هذا النموذج.

الإقرارات:

أقر بأن جميع الإفادات المقدمة في هذا الإقرار - على حسب علمي - صحيحة وكاملة.

أتعهد بإبلاغ شركة متلايف بأي تغيير في الظروف التي من الممكن أن تؤثر في حالة الإقرار الضريبي لصاحب الحساب المعرف في طلب التأمين أو في هذا النموذج، أو التي تجعل المعلومات المدرجة في هذا النموذج غير صحيحة أو غير كاملة، كما أتعهد بتزويد شركة متلايف بنموذج الإقرار الضريبي الذاتي وإعلان مناسبين خلال ٩٠ يوماً من ذلك التغيير.

إقرار البريد الإلكتروني

من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني والتوقيع على هذا الطلب، فإنكم توافقون على تسليم مستندات البوليصة والشهادة و/أو أي مستندات أخرى (المستندات) من خلال البريد الإلكتروني (الإيميل)، ويرجى العلم بأنه عند اختيار التسليم الإلكتروني للمستندات، تتحملون مسؤولية التأكد على صحة عنوان البريد الإلكتروني المقدم إلينا في جميع الأوقات. ولن تتحمل متلايف أي مسؤولية عن عدم استلام الرسائل الإلكترونية بسبب خطأ عنوان البريد الإلكتروني أو المشكلات التقنية الأخرى المتعلقة بخدمة البريد الإلكتروني. وفي حالة الرغبة في تغيير عنوان البريد الإلكتروني لدى متلايف أو في حالة الحاجة إلى نسخة ورقية من المستندات أو في حالة الاعتقاد بعدم استلام المستندات، يرجى إشعارنا على الفور. وعند التوقيع على هذا الطلب، توافقون وتقررون بأنه في حالة الرغبة في وقف استلام المستندات إلكترونياً، يجب إبطال هذا التفويض من خلال وثيقة خطية أخرى. وكذلك عند التوقيع على هذا الطلب، فإنكم تقررون بالإطلاع على وفهم سياسيات متلايف بخصوص السرية وشروط الاستخدام عبر الموقع الإلكتروني www.metlife.com/about/privacy والإطلاع على أية شروط استخدام أو بيان السرية لأي مزود خدمة مستقبلي تستخدمه متلايف، وأنكم تفهمون أنه على الرغم من اتخاذ متلايف جميع الاحتياطات لحماية سرية معلومات الأعضاء، فإنها لا تضمن سلامة أية معلومات، وتوافقون على تقديم عنوان البريد الإلكتروني حتى يدرج في قائمة بريد متلايف الإلكتروني وقبول أية مخاطر متزامنة مع ذلك ومرتبطة مع المراسلات عبر البريد الإلكتروني.

التوقيع

وقع في مكان هذا اليوم من شهر ، ٢٠

<input type="checkbox"/>	التوقيع	الإسم كاملاً بخط يده	إسم المستفيد غير القابل للتغيير أو المتنازل له
<input type="checkbox"/>	التوقيع	الإسم كاملاً بخط يده	إسم المؤمن عليه
<input type="checkbox"/>	التوقيع	الإسم كاملاً بخط يده	إسم مالك البوليصة

للمساعدة

البلد	الإمارات العربية المتحدة	كويت	عمان	بحرين	قطر	من أي دولة أخرى
الهاتف	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	+٩٦٥ ٢ ٢٤٧ ٤٢٧٧	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥
البريد	ص.ب. ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة					
البريد الإلكتروني	customerservices.gulf@metlife.ae					