

# Policy Surrender and Release Request Form



Request ID

Request Date

**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 surrender / release of a policy(ies) that has a surrender value. Please complete this form in its entirety to avoid any delays in processing. If you need assistance in completing this form, please contact our customer service representatives.

**Requirements:** (1) Surrender and release 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 letter for policies which are assigned to the bank (if applicable); (6) Original agreements related to future premium deposit fund (FPDF) / Premium deposit agreement (PDA) / Side funds (if applicable).

**Notes:**

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

**Policy details**

Policy no.(s)\*

**Policy owner's details**

First name\*  Middle name  Last name\*

Mobile no.\*  -  -  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 surrender of my policy and the payment of surrender value (less any indebtedness to the company secured by the policy) in accordance with the surrender provision in the policy.

I understand and agree that the policy will cease to be in force as of the date of this application for surrender and in case I decide to cancel this request and maintain the policy in force, before receiving the surrender value, I shall submit a separate application to reinstate the policy in accordance with the conditions determined by the company at the date of that reinstatement application.

It is hereby understood and agreed that payment of the surrender value and my receiving them shall constitute full and final settlement of all claims under the Policy.

**Reason for surrender**

Please state the reason for surrender of policy. Kindly select the appropriate option.

- ☐ Financial ☐ Service  
☐ Relocation ☐ Reinvestment  
☐ Others:

**Preferred method of payment\***

☐ **Wire transfer** (Please complete Section I) ☐ **Transfer to another policy** (Please provide policy number)

☐ **I hereby request MetLife to cancel my Direct Debit instruction for the above mentioned policy(ies).**

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

IBAN No.\*

Bank Account No.\*

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)

Irrevocable beneficiary's signature (If applicable)

Policy owner's signature

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.
  - If your policy(ies) is (are) paid through standing order, please ensure to notify your bank to cancel your Standing Order Instruction (SOI).
  - 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:**

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

  

**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 applying for insurance coverage as indicated in this application, and in signing this application, the applicant(s) certify(ies) that the 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)

Signature

Policy owner's signature

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 Individual tax residency Self-Certification declaration:\***

**Please complete the following table indicating (i) where the account holder is tax resident and (ii) the account holder's Tax Identification Number (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 Tax Identification Number (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 Tax Identification Numbers to its residents

**Reason B**

The account holder is otherwise unable to obtain a Tax Identification Number or equivalent number, Please explain why you are unable to provide the required information

**Reason C**

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

Country/Jurisdiction of Tax Residence	Taxpayer Identification Number (TIN)	If no TIN available enter reason A, B or C	If reason B Selected, please explain
1.			
2.			
3.			

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

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

**Questions: (All questions are mandatory to answer\*)**

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

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

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

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

Irrevocable beneficiary's  
signature (If applicable)

x Signature

Policy owner's signature

x 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 us in this application is correct at all times, and that it 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.

### 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	Please send <b>original</b> documents to:  <b>Customer Care</b> - MetLife P.O. Box 371916 Dubai – U.A.E.	
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							

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

4 of 4

BNC-AGY-IFA-CS-PSR-AE-APP-072025-MA

تاريخ الطلب يوم شهر سنة

تاريخ الطلب

رقم معرف الطلب

رقم معرف الطلب

**تعليمات:** استخدم هذا النموذج لطلب تصفية الوثيقة (وثائق) التي لها قيمة استرداد. يرجى ملء هذا النموذج بالكامل لتجنب أي تأخير في المعالجة. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في ملء هذا النموذج، يرجى الاتصال بممثلي خدمة العملاء لدينا.

المتطلبات: (١) نموذج تصفية الوثيقة؛ (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) خطاب الإفراج المصرفي الأصلي للوثائق المنقولة للبنك (حيثما ينطبق)؛ (٦) الاتفاقيات الأصلية المتعلقة بصندوق ودائع الأقساط المستقبلية (FPDF) / اتفاقية ودائع أقساط التأمين (PDA) / الصناديق الجانبية (حيثما ينطبق)؛  
**ملاحظات:**

١. نموذج الطلب صالح لمدة ٣٠ يومًا فقط من تاريخ التوقيع ولن تتم معالجة نموذج الطلب المنتهي الصلاحية.

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

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

#### تفاصيل الوثيقة

رقم الوثيقة (الوثائق) \*

#### تفاصيل صاحب الوثيقة

الاسم الأول \*  الاسم الأوسط  اسم العائلة \*

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

عنوان البريد ١ \*  ص.ب  المدينة

عنوان البريد ٢ \*  البلد

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

يرجى ذكر جميع الجنسيات: (١)  (٢)  (٣)

#### الإقامة \*

(١)  (٢)  (٣)

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

يتم تقديم الطلب بموجبه من أجل استرداد وثيقتي ودفع قيمة الاسترداد (بعد خصم أي مديونية للشركة مضمونة بموجب الوثيقة) وفقًا لأحكام الاسترداد في الوثيقة. أدرك وأوافق على أنه سينتهي العمل بالوثيقة اعتبارًا من تاريخ ذلك الطلب بالاسترداد وفي حال قررت إلغاء هذا الطلب والاحتفاظ بالوثيقة السارية، قبل الحصول على قيمة الاسترداد، سأقدم طلبًا منفصلًا لإعادة وثيقة التأمين وفقًا للشروط التي تحددها الشركة في تاريخ طلب إعادة التأمين. أدرك وأوافق بموجبه على أن دفع قيمة الاسترداد واستلامها يشكل تسوية كاملة ونهائية لجميع المطالبات بموجب الوثيقة.

#### سبب التصفية

يرجى ذكر سبب استرداد الوثيقة. يرجى تحديد الخيار المناسب.

☐ مالي ☐ خدمات ☐ الانتقال ☐ أخرى:

#### طريقة الدفع المفضلة \*

☐ الحوالة المصرفية (يرجى إكمال القسم ١) ☐ التحويل إلى وثيقة أخرى (يرجى ذكر رقم الوثيقة)

☐ أطلب بموجبه متلايف بإلغاء تعليمات الخصم المباشر الخاصة بالوثيقة (الوثائق) المذكورة أعلاه.

١. الرجاء تعبئة تفاصيل الحساب البنكي: \*

رقم IBAN \*

رقم الحساب المصرفي \*

اسم صاحب الحساب المصرفي \*  عملة الحساب \*

اسم البنك \*  عنوان البنك

رمز الفرع  رمز السويقت \*  (حيثما ينطبق)

IFS (رمز النظام)  رمز التصنيف  (المملكة المتحدة)

المدينة  رمز التوجيه  (الولايات المتحدة)

\*ملاحظات • 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.
- إذا كانت الوثيقة (الوثائق) يتم دفعها عن طريق امر دفع دائم الرجاء التأكد من إخطار البنك الخاص بك لإلغاء تعليمات امر الدفع الدائم الخاص بك.
- 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 ورمز السويت.

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 المحظورين والمحددin 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 معمول 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 الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركائنا في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما تعتقد متلايف بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى متلايف، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لمتلايف. متلايف تضمن بأن يلتزم المتلقي بالالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإن متلايف تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية. لغايات التوضيح، تعني بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

(ج) أخول وأصرح بموجبه لمتلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات عبر خدمة الرسائل النصية القصيرة "SMS" وأوافق على تلقي الرسائل 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 بتلقي / عدم تلقي الرسائل النصية القصيرة.

إقرار دائرة الإيرادات الداخلية (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 تنطبق)

☐ مواطنًا أمريكيًا ☐ ليس مواطنًا أمريكيًا

لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية (١) (٢)

يوافق مقدم الطلب (مقدمو الطلبات) على إبلاغ الشركة في غضون ثلاثين (٣٠) يومًا من معرفة مقدم الطلب بهذا التغيير في المعلومات. إذا أصبح مقدم الطلب (مقدمو الطلبات) 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، فاملأ التفاصيل أدناه:

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي لمقدم الطلب (مقدمي الطلبات) 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 بنسبة تصل إلى ٣١٪.

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)

يوافق المؤمن عليه / صاحب الوثيقة على اطلاع متلايف وموظفيها ووكلائها عن أي معلومات سرية إلى:

- (١) أي عضو في المجموعة وممثلي 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، ومعيد التأمين أو وسيط التأمين ومقدمو الخدمات للأطراف المسموح بها الذين يقع عليهم واجب السرية تجاه الأطراف المسموح بها؛

(٤) أي متنازل إليه أو محال 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 إما بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي 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 بخصم 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 مواطناً أمريكياً 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 أو حظر الإبلاغ المالي عن الحساب، ولم يتم الحصول على أي إعفاء من هذا القانون المحلي، تحتفظ متلايف بالحق في إغلاق ذلك الحساب.

إقرار الاعتماد الذاتي للإقامة الضريبية للأفراد حسب معيار الإبلاغ المشترك:

معيار الإبلاغ المشترك (CRS)، هو معيار لتبادل المعلومات الضريبية وضعته منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ("OECD") وتمت الموافقة عليه في ١٥ يوليو ٢٠١٤.

يرجى إكمال الجدول التالي الذي يوضح (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	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- سيشيل	١٥- الإمارات العربية المتحدة	
٤- باربادوس	٨- مالطا	١٢- جزر تركس وكايكوس		

الأسئلة: (يلزم الإجابة\*)

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

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

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

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

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

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

توقيع المستفيد

غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

التوقيع

٣ من ٤

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع



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

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

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

أتعهد بإبلاغ 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 أتعهد بتزويد متلايف بإقرار وتصديق ذاتي محدث حسب الأصول في غضون ٩٠ يوماً من هذا التغيير في الظروف.

إقرار البريد الإلكتروني:

١- الإشعارات: أخول بموجبه متلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات إلكترونياً (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، خدمة الرسائل النصية القصيرة "SMS" ورسائل البريد الإلكتروني وأي وسيلة أو وسائل إلكترونية أخرى للاتصالات والمراسلات ("الإشعارات"). وأوافق على تلقي الإشعارات وأدرك أن متلايف لا تقدم أي ضمانات بأن الإشعارات لن تتوقف أو تخلو من الأخطاء، ولن يتم اعتبار أو 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 الإشعارات أو توقف لها أو لأي سبب يتعلق بتلقي / عدم تلقي تلك الإشعارات. كما لا تتحمل متلايف أي مسؤولية عن عدم تلقي الإشعارات بسبب عدم صلاحية عناوين أو أي مشاكل فنية أخرى.

٢- إرسال الوثائق واستلامها إلكترونياً: 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، فإنني أتحمّل مسؤولية التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته في هذا الطلب في جميع الأوقات، كما أتحمّل 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 عني أو مرسلة لي شخصياً. ولا تتحمل متلايف مسؤولية عدم استلام رسائل البريد الإلكتروني بسبب عناوين 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 إلكترونياً، 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 بمتلايف 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 ممن تستعين بهم متلايف.

أدرك أنه على الرغم من اتخاذ متلايف كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، لا تضمن متلايف سلامة معلوماتي.

أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليعتم إدرجه في قائمة البريد الإلكتروني لمتلايف وأقبل أي مخاطر كامنة تتعلق باتصالات البريد الإلكتروني.

أوافق بموجبه على أنه بعد موافقة متلايف على هذا الطلب، ستستند 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 / صحيفة الرسوم. أدرك أنه اعتباراً من تاريخ تقديم الوثائق الكاملة إلى متلايف، فإن الوقت القياسي للمعالجة يكون من 8 إلى 15 يوم عمل أو بحد أقصى للفترة الموضحة في شروط وأحكام المنتج.

التوقيع \*

يوم

يوم

شهر

شهر

سنة

سنة

٢٠

المدينة

البلد

اليوم

الشهر

السنة

الإسم الكامل لصاحب الوثيقة

الإسم الكامل بخط اليد

التوقيع

الإسم الكامل للمستفيد أو المتنازل إليه غير القابل للتغيير

الإسم الكامل بخط اليد

التوقيع

اسم الشاهد و التوقيع ليس مطلوباً اذا قدم العميل الطلب للمتلايف مباشرة

الإسم الكامل للشاهد / الوكيل

الإسم الكامل بخط اليد

التوقيع

رمز الوكيل



للمساعدة

كيفية تقديم النموذج		كيفية التواصل معنا					
يرجى إرسال المستندات الأصلية إلى:  خدمة العملاء - متلايف ص.ب. رقم: ٣٧١٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة	أي دولة أخرى	قطر	البحرين	عُمان	الكويت	الإمارات	الدولة
	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ - متلايف (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣)	اتصل بنا
	ص.ب. رقم ٣٧١٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة						للتوصل عبر 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 الإتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧، تحت رقم تسجيل ٣٤ في البنك المركزي ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية برخصة رقم ٢٠٥٣٢٩

أمريكان لايف انشورنس كومباني هي إحدى الشركات التابعة لمتلايف انك