

# Policy Change/Reinstatement Personal Accident

## 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

Policy No.(s)\*

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**Instructions:** Use this form to request for changes or reinstatement of your individual accident & health policy. If you need any assistance in completing this form, please contact our customer service representatives.

**Requirements:** (1) Policy change / Reinstatement form; (2a) Valid passport copy or copy of valid I.D. and valid residency copy (if applicable) in case of "change of beneficiary" or "change of ownership" (2b) Supporting documents in case of "change of name"

**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.

### Section A

| Full Name of Insured/<br>Owner/Spouse/Child | Nationality | Residency | Relationship to<br>Policy Owner | Client's ID | Date of Birth | Height | Weight | Current Residence |         |
|---|-------------|-----------|---------------------------------|-------------|---------------|--------|--------|-------------------|---------|
|   |             |           |                                 |             |               |        |        | City              | Country |
| 1   |             |           |                                 |             |               |        |        |                   |         |
| 2   |             |           |                                 |             |               |        |        |                   |         |
| 3   |             |           |                                 |             |               |        |        |                   |         |
| 4   |             |           |                                 |             |               |        |        |                   |         |
| 5   |             |           |                                 |             |               |        |        |                   |         |

| Full Name of Insured/<br>Owner/Spouse | Employer's Name | Nature of Business | Occupation | Daily Duties | Income Amount | Currency | Frequency |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------|------------|--------------|---------------|----------|-----------|
| 1                                     |                 |                    |            |              |               |          |           |
| 2                                     |                 |                    |            |              |               |          |           |
| 3                                     |                 |                    |            |              |               |          |           |
| 4                                     |                 |                    |            |              |               |          |           |
| 5                                     |                 |                    |            |              |               |          |           |

### Correspondence

|               |              |             |           |                |  |
|---------------|--------------|-------------|-----------|----------------|--|
| Country       |              | City / Town |           | P.O. Box       |  |
| Area / Street |              | Building    |           | Flat/Villa No. |  |
| Telephone*    | Country Code | -           | Area Code | -              |  |
| E-mail*       |              |             |           |                |  |

Do you intend to travel during the next twelve months? ☐ Yes ☐ No If 'Yes', please provide the travel details.

| Full Name of Traveler | Destination - City/Country | Purpose | Duration |
|-----------------------|----------------------------|---------|----------|
|                       |                            |         |          |
|                       |                            |         |          |
|                       |                            |         |          |
|                       |                            |         |          |

Irrevocable beneficiary's  
signature (If Applicable)

|   |           |
|---|-----------|
| X | Signature |
|---|-----------|

Policy owner's signature

|   |           |
|---|-----------|
| X | Signature |
|---|-----------|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Details of Payment:

Is the policy owner making the payments from their own funds?

YES

NO

If No, please proceed to complete the

“Payor details” form separately

If Yes, please proceed to complete the below details:

Kindly provide your bank account details, which you will be using to pay the premium

Bank Name\*

Bank branch and address:

Country

Account name\*

Account number\*

IBAN number (Note: depending on your region, you may not need to use all IBAN boxes)

Note: Please the account details section in the Third Party Payor Form for both Individual and Corporate.

Section B

☐

Change of Beneficiary

| Full Name of New Beneficiary | Relationship | Address | 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 |             |           |            |
|                              |              |         | D             | D | M | M | Y | Y | Y | Y |             |           |            |
|                              |              |         | D             | D | M | M | Y | Y | Y | Y |             |           |            |

☐

Change mode of payment fromtoas of premium due

☐

Change of occupation to

Old signature

New signature

☐

Additional request

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable)

x

Signature

Policy owner's signature

x

Signature

## Section C

☐ Schedule of benefits new requested (include all benefits, even those not to be changed)

|   |  |   |  |         |                 |         |
|---|--|---|--|---------|-----------------|---------|
| Currency <input type="text"/>                                   | Insured<br>Occupational Class <input type="text"/>       | Spouse<br>Occupational Class <input type="text"/> | Dependent(s)   |         |                 |         |
| Benefits  | Amount   | Premium   | Amount   | Premium | Amount          | Premium |
| Accidental Death, Dismemberment, and Permanent Total Disability | Principal Sum  |   | Principal Sum  |         | Principal Sum   |         |
| Accident Medical Expense Reimbursement                          | Amount   |   | Amount   |         | Amount          |         |
| Accident Disability Income 104 weeks                            | Weekly Benefit   |   | Weekly Benefit   |         | Not Offered     |         |
| Accident & Sickness In-Hospital Income (67E)                    | Weekly Benefit   |   | Weekly Benefit   |         | Weekly Benefit  |         |
| In-Hospital Income 50% extra for Heart and Cancer               | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |         | Not Offered     |         |
| In-Hospital Double Income in USA, Canada, Europe                | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |         |                 |         |
| Accident & Sickness In-Hospital Surgical Expense (77D)          | Maximum Benefit  |   | Maximum Benefit  |         | Maximum Benefit |         |
| Other Benefits  |  |   |  |         |                 |         |

Please state your average weekly income over the past 12 months:  Currency:

☐ Reinstatement: I hereby apply for Reinstatement of the above Policy.

I have paid  with this request

### Declaration below pertains to all Named Insureds:

☐ In case of a female applicant, further state that I am not now pregnant.

- I certify that there has been no change in my condition of health, and that I received no medical attention, consultation or examination whatsoever, nor have I done any medical tests, including blood tests for antibodies to the AIDS Virus (Acquired Immunodeficiency Syndrome), since the date of completion of my application for insurance in American Life Insurance Company (MetLife); further, that all my answers as written in said application, including those relating to my occupation are still true (Except as noted below\*).

**\*Note:** Notwithstanding anything to the contrary in the insurance policy or in the Supplementary contracts attached thereto, the Company may rely solely upon this request to effect change without need to any endorsement whatsoever.

### 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.

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable)

Policy owner's signature

**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.

**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:\***

The Common Reporting Standard (CRS), is a tax information exchange standard developed by the Organization for Economic Co-operation and Development ("OECD") and approved on 15 July 2014.

**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.                                    |                                      |  |                                      |

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable)

X Signature

Policy owner's signature

X Signature

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?\* ☐ 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

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.

Irrevocable beneficiary's  
signature (If Applicable)

x Signature

Policy owner's signature

x Signature

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

Full Name of Irrevocable Beneficiary or Assignee

Full Name in his/her own handwriting

Signature

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

Agent Code

(To be completed by the Company)

The above change / reinstatement has been accepted by the company and shall take affect as of

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:<br><br><b>Customer Care</b> - MetLife<br>P.O. Box 371916<br>Dubai – U.A.E. |  |
| Call us           | 800 - MetLife<br>(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

6 of 6

CS-PA-AE-ENG-07025-MA



# MetLife

## تغيير الوثيقة / إعادة سريان وثيقة حوادث فردية نموذج الطلب

أمريكان لايف انشورنس كومباني

ص ب ٣٧١٩١٦، دبي، الإمارات العربية المتحدة

هاتف: ٤٥٥٥ ٤١٥ ٩٧١ +، فاكس: ٤٤٤٥ ٤١٥ ٩٧١ +

CustomerServices.Gulf@metlife.com

رقم الوثيقة (الوثائق)

تعليمات: استخدم هذا النموذج لطلب إجراء تغييرات أو إعادة سريان وثيقة الحوادث والصحة الفردية لديك. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في ملء هذا النموذج، يرجى الاتصال بممثلي خدمة العملاء لدينا.

المتطلبات: (١) نموذج تغيير / إعادة سريان الوثيقة؛ (٢ أ) صورة من جواز سفر ساري أو صورة من بطاقة هوية شخصية سارية وصورة إقامة سارية (إن وجدت) في حالة "تغيير المستفيد" أو "تغيير الملكية" (٢ ب) المستندات الداعمة في حالة "تغيير الاسم"

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.

القسم "أ"

| الإقامة الحالية |         | الوزن | الطول | تاريخ الميلاد | معرف العميل | العلاقة<br>بصاحب الوثيقة | الإقامة | الجنسية | الاسم الكامل للمؤمن عليه /<br>صاحب الوثيقة / الزوج / الطفل |   |
|-----------------|---------|-------|-------|---------------|-------------|--------------------------|---------|---------|--|---|
| البلد           | المدينة |       |       |               |             |                          |         |         |  |   |
|                 |         |       |       |               |             |                          |         |         |  | ١ |
|                 |         |       |       |               |             |                          |         |         |  | ٢ |
|                 |         |       |       |               |             |                          |         |         |  | ٣ |
|                 |         |       |       |               |             |                          |         |         |  | ٤ |
|                 |         |       |       |               |             |                          |         |         |  | ٥ |

| الاسم الكامل للمؤمن عليه /<br>صاحب الوثيقة / الزوج | اسم صاحب العمل | طبيعة العمل | الوظيفة | الواجبات اليومية | مبلغ الدخل | العملة | التكرار |
|--|----------------|-------------|---------|------------------|------------|--------|---------|
|  |                |             |         |                  |            |        |         |
|  |                |             |         |                  |            |        |         |
|  |                |             |         |                  |            |        |         |
|  |                |             |         |                  |            |        |         |
|  |                |             |         |                  |            |        |         |

عنوان المراسلات

البلد

المدينة / البلدة

ص.ب

المنطقة / الشارع

المبنى

رقم الشقة / الفيلا

الهاتف \*

رمز البلد

–

رمز المنطقة

–

البريد الإلكتروني \*

هل تعتزم السفر خلال الاثني عشر شهرًا القادمة؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة هي "نعم"، يرجى تقديم تفاصيل السفر:

| الاسم الكامل للمسافر | الوجهة - المدينة/البلد | الغرض | المدة |
|----------------------|------------------------|-------|-------|
|                      |                        |       |       |
|                      |                        |       |       |
|                      |                        |       |       |
|                      |                        |       |       |

توقيع المستفيد  
غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

تفاصيل الدفع:

نعم لا

☐☐

هل يقوم صاحب الوثيقة بالدفع من امواله الخاصة؟

إذا كانت الإجابة هي "لا"، يرجى المتابعة لإكمال

نموذج "بيانات الشخص المخول بالدفع" بشكل منفصل

إذا كانت الإجابة هي "نعم"، يرجى المتابعة لإكمال التفاصيل أدناه:

يرجى تقديم تفاصيل حسابك البنكي، والتي سوف تستخدمها لدفع القسط

اسم البنك\*

فرع البنك وعنوانه:

البلد

اسم الحساب\*

رقم الحساب\*

رقم IBAN (ملاحظة: حسب منطقتك، قد لا تحتاج إلى استخدام جميع مربعات IBAN)

ملاحظة: يرجى مراجعة قسم تفاصيل الحساب في "نموذج دافع الطرف الثالث" لكل من الأفراد والشركات.

القسم "ب"

تغيير المستفيد

☐

| الاسم الكامل للمستفيد الجديد | العلاقة | العنوان | تاريخ الميلاد |     |     |     |     |     | الجنسية | الإقامة | النسبة |
|------------------------------|---------|---------|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|---------|--------|
|                              |         |         | يوم           | يوم | شهر | شهر | سنة | سنة | سنة     |         |        |
|                              |         |         | يوم           | يوم | شهر | شهر | سنة | سنة | سنة     |         |        |
|                              |         |         | يوم           | يوم | شهر | شهر | سنة | سنة | سنة     |         |        |
|                              |         |         | يوم           | يوم | شهر | شهر | سنة | سنة | سنة     |         |        |
|                              |         |         | D             | D   | M   | M   | Y   | Y   | Y       |         |        |

تغيير طريقة الدفع من

إلى

بداية من القسط المستحق

تغيير الوظيفة إلى

توقيع قديم

توقيع جديد

طلب إضافي

☐

توقيع المستفيد

غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

التوقيع

☐

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

☐



جدول المزايا المطلوبة حديثاً (تشمل جميع المزايا، حتى تلك التي لن يتم تغييرها)

| المعالون           |       | المؤمن عليه<br>الفئة المهنية |       | العمل              |       |
|--------------------|-------|------------------------------|-------|--------------------|-------|
| المبلغ             | القسط | المبلغ                       | القسط | المبلغ             | القسط |
| المبلغ الأصلي      |       | المبلغ الأصلي                |       | المبلغ الأصلي      |       |
| المبلغ             |       | المبلغ                       |       | المبلغ             |       |
| غير معروض          |       | الاستحقاق الأسبوعي           |       | الاستحقاق الأسبوعي |       |
| الاستحقاق الأسبوعي |       | الاستحقاق الأسبوعي           |       | الاستحقاق الأسبوعي |       |
| غير معروض          |       | لا نعم                       |       | لا نعم             |       |
|                    |       | لا نعم                       |       | لا نعم             |       |
| أقصى ميزة          |       | أقصى ميزة                    |       | أقصى ميزة          |       |
|                    |       |                              |       |                    |       |
| المزايا الأخرى     |       |                              |       |                    |       |

يرجى ذكر متوسط دخلك الأسبوعي خلال الـ ١٢ شهراً الماضية: العملة

إعادة السريان: أتقدم بموجبه بطلب لإعادة سريان الوثيقة المذكورة أعلاه.

لقد قمت بالدفع لهذا الطلب

يتعلق الإقرار الوارد أدناه بجميع المؤمن عليهم المحددين:

في حال كان مقدم الطلب أثنى، فيرجى ذكر أنك لست حاملاً الآن.

- أقر بأنه لم يحدث أي تغيير في حالتي الصحية ولم ألق أي رعاية أو استشارة أو فحص طبي على الإطلاق، ولم أجري أي اختبارات طبية، بما في ذلك اختبارات الدم للأجسام المضادة لفيروس الإيدز (متلازمة نقص المناعة المكتسب) منذ تاريخ إكمال طلبي للتأمين في الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)؛ علاوة على ذلك، أقر بأن جميع إجاباتي المذكورة في الطلب، بما في ذلك تلك المتعلقة بوظيفتي لا تزال صحيحة (باستثناء ما هو مذكور أدناه \*).

\*ملاحظة: بغض النظر عن أي شيء آخر مخالف لذلك في وثيقة التأمين أو في العقود التكميلية المرفقة بها، يجوز للشركة الاعتماد فقط على هذا الطلب لإجراء التغيير دون الحاجة إلى أي موافقة أيًا كانت.

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 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 بالتزامات 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.

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 بشكل 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 الأمريكية (IRS) \*

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

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

يوافق مقدم الطلب (مقدمو الطالبات) على إبلاغ الشركة في غضون ثلاثين (٣٠) يومًا من معرفة مقدم الطلب بهذا التغيير في المعلومات.

إذا أصبح مقدم الطلب (مقدمو الطالبات) أو أي مستفيد معين مواطنًا أمريكيًا لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية 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 الطالبات) والمؤمن عليه:

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي للمستفيد (المستفيدين):

- 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 ٣٠٪.
- 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:

- أي عضو في المجموعة وممثلي متلايف في أي ولاية قضائية (ويشار إليهم مع متلايف بلفظ "الأطراف المسموح بها")؛
  - 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؛
  - المستشارون المهنيون، وشركة التأمين، ومعيد التأمين أو وسيط التأمين ومقدمو الخدمات للأطراف المسموح بها الذين يقع عليهم واجب السرية تجاه الأطراف المسموح بها؛
  - 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 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 للاقتطاع 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.

يُرجى إكمال الجدول التالي الذي يوضح (١) المواطن الضريبي لصاحب الحساب و(٢) رقم التعريف الضريبي لصاحب الحساب لكل بلد / ولاية قضائية محددة.

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيمًا 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 الأسئلة 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) ؟\* ☐ نعم ☐ لا  
إذا كانت الإجابة «نعم»، اذكر نوع البرنامج أدناه.....

☐ 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 يومًا في أي دولة (دول) أخرى خلال العام السابق ؟\* ☐ نعم ☐ لا  
إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه.....

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) 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 يومًا 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 التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته لنا. لا تتحمل متلايف المسؤولية عن عدم استلام رسائل البريد الإلكتروني بسبب عدم صحة عنوان البريد الإلكتروني أو وجود مشاكل فنية أخرى تتعلق بخدمة البريد الإلكتروني الخاصة بك. إذا كنت ترغب في تغيير عنوان بريدك الإلكتروني لدى متلايف، أو إذا كنت ترغب في الحصول على نسخة ورقية من المستندات، أو إذا كنت تعتقد أنك لم تستلم المستندات الخاصة بك، فيرجى إخطارنا على الفور.

وبالتوقيع على هذا الطلب، فإنك تدرك وتوافق على أنه إذا كنت ترغب في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً، فمن واجبك إلغاء هذا التفويض بموجب مستند خطي آخر.

بالتوقيع على هذا الطلب أيضاً، فإنك تقر بأنك قد قرأت وفهمت سياسات متلايف للخصوصية وشروط الاستخدام على العنوان [www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy](http://www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy)

وانك ستراجع أي شروط استخدام أو بيان خصوصية لأي من مقدمي الخدمات المستقبليين الذين تستعين بهم متلايف، وإنك تدرك أنه على الرغم من اتخاذ متلايف كل الاحتياطات لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، إلا أنه لا يمكنها ضمان سلامة معلوماتك، وإنك توافق على تقديم عنوان بريدك الإلكتروني ليتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بشركة متلايف وتقبل كذلك أي مخاطر مرتبطة برسائل البريد الإلكتروني.

التوقيع



توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع



توقيع المستفيد  
غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

