

# Policy Amendment

## Request Form



# MetLife

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 amend beneficiary(ies) details, Mode of payment, Personal name, Policy ownership, Supplementary contract, Insurance coverage, Non-forfeiture option or for any special request. If you need any assistance in completing this form, please contact our customer service representatives

**Requirements:** (1) Policy change 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.

### Policy details

Policy No.(s)\*

### 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.

The undersigned owner / Insured holding the above Policy(ies) number hereby requests American Life Insurance Company (MetLife) to effect the change(s) ticked below by any means acceptable to the company.

Please tick & complete the fields you wish to amend

#### Change of beneficiary (IES)

Full Name of New Beneficiary	Relationship	Date of Birth	Nationality	Residency	Address	Percentage

The Insured  Reserves  Not reserves full right and authority to revoke this designation and to designate a new beneficiary subject to the provisions of said policy.

#### Change of mode of payment

Annual     Semi Annual     Quarterly     Monthly

As of premium due on:  D  D  M  M  Y  Y  Y  Y

#### Change of name

From (Full Name)  To (Full Name)

Reason for change  Marriage  Other:

Supporting documents attached

Old signature

New signature

Irrevocable beneficiary's  
signature (If Applicable)

Signature

1 of 5

Policy owner's signature

Signature

## Supplementary Contracts

<input type="checkbox"/>	Addition of	
<input type="checkbox"/>	Cancellation of	

## Change of ownership (Please Enter Details Of New Owner)

First Name of New Owner  Middle Name  Last Name

### Identification

I.D. Type  I.D. No  Expiry date  D  D  M  M  Y  Y  Y  Y  
 Gender  Male  Female Marital Status  Single  Married  Divorced / Separated  Widowed  
 Date of birth  D  D  M  M  Y  Y  Y  Y Age Last Birthday    
 City of birth  Country of Birth   
 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.

Country  City / Town  P.O. Box   
 Area / Street  Building  Flat/Villa No.   
 Telephone\*  Country Code -  Area Code -  Mobile\*  Country Code -  Area Code -

Reason

**Supporting Documents Required:**  Passport Copy  Residency Visa

**Signature of new owner**

**Signature of old owner**

I hereby declare that ownership of all benefits, interest and rights under this policy will be transferred to the new owner without any exception, limitation or reservation whatsoever.

## Change of insurance coverage

Increase  Reduce  
 Current coverage   
 New coverage

## Change of non-forfeiture option (NFO)

RPU\*  ETI\*\* (applicable only if insured is not a juvenile)  APL\*\*\*\*

\*RPU = Reduced Paid Up, \*\*ETI = Extended Term Insurance, \*\*\*APL = Automatic Premium Loan.

## Special request

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable) <input type="text"/>	Signature <input type="text"/>
Policy owner's signature <input type="text"/>	Signature <input type="text"/>

## 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:<sup>\*</sup>

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)

Irrevocable beneficiary's  
signature (If Applicable)

Signature

3 of 5

Policy owner's signature

Signature

**"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.			

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

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

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

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

YES  NO

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

2. Do you hold residence rights in any other country?\* If 'Yes' Please mention country name below .....

YES  NO

3. Have you spent more than 90 days in any other country (ies) during the previous year?\* If "Yes" Please mention the country name below.....

YES  NO

4. In which jurisdiction(s) have you filed personal income tax returns during the previous year?\*  
Please add country name. If you didn't file income tax returns in any country please mention not applicable.

[Large empty box for answer]

**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.

Irrevocable beneficiary's  
signature (If Applicable)

Signature

4 of 5

Policy owner's signature

Signature

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:**

By providing your E-mail address and signing this application you agree to receive the policy document, certificate and / or any other documents ("Documents") via electronic mail ("E-mail"). Please be aware that having chosen this electronic delivery of Documents, it is your responsibility to ensure that the E-mail address you have provided us is correct at all times.

MetLife is not responsible for non-receipt of E-mails due to invalid E-mail addresses or other technical problems related to your E-mail service.

If you would like to change your E-mail address with MetLife, or if you would like a paper copy of the Documents, or if you believe that you have not received your Documents, please notify us immediately.

By signing this application, you understand and agree that if you wish to discontinue receiving Documents electronically it is your obligation to revoke this Authorization by another written document.

By signing this application also, you declare that you have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on [www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy](http://www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy) and you will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife. You understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of your information. You consent to provide your E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

**Signatures:\***

Signed at

	City	Country	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> Y
--	------	---------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------

Full Name of Policy Owner

	Full Name in his/her own handwriting	Signature	<input type="checkbox"/> X
--	--------------------------------------	-----------	----------------------------

Full Name of Irrevocable Beneficiary or Assignee

	Full Name in his/her own handwriting	Signature	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> X
--	--------------------------------------	-----------	----------------------------

Agent Code

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

**Need help**

**How to contact us**

Country	UAE	Kuwait	Oman	Bahrain	Qatar	Any other Country
Call us	800 - MetLife (800 - 6385433)	+965 2 208 9333	800 70708	800 08033	800 9711	+971 4 415 4555
Mail us	P.O. Box 371916, Dubai – U.A.E.					
E-mail us	CustomerServices.Gulf@metlife.com					
Website	www.metlife-gulf.com					

**How to submit the form**

Please send **original** documents to:

**Customer Care** - MetLife  
P.O. Box 371916  
Dubai – U.A.E.





(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 والمهددين بشكل خاص (SDN) أو قائمة تحديد الغقوبات 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 / أو مزودي الخدمات عندما تقتضي 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 بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لمتلايف. متلايف تضمن بأن يتلزم المتلق بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإن متلايف تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية. لغایات التوضیح، تعنی بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي علومات صحیة، 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، وإن يتم اعتبار أو معاملة أي خطأ أو توقف من هذا القبيل بأي شكل من الأشكال ك مصدر يشكل 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 بذلك/ عدم تلقي الرسائل النصية القصيرة.

## إقرار دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية (IRS) \*

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

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

يواافق مقدم الطلب (مقدمو الطلبات) على إبلاغ الشركة في غضون ثلاثة (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، فاماً 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 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 ٦٪.

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

## إقرار قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية (FATCA)

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

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

(٢) أي شخص وفقاً 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 ومحظوظ 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 بخصوص أي اقتطاع مطلوب بموجب قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الولايات المتحدة ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق، وفق مطلق تقديرها، في إنهاء الوثيقة في حالة عدم تقديم الوثائق المناسبة لوضع المؤمن عليه / صاحب الوثيقة من حيث مواظناً أمريكيًا أو غير أمريكي لآغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الوقت المناسب إلى متلايف. على وجه الخصوص، في حالة حظر الغواصين 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.

التوقيع



توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع



توقيع المستفيد

غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

معيار الإبلاغ المشترك (CRS)، هو معيار لتبادل المعلومات الضريبية وضعته منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ("OECD") وتمت الموافقة عليه في 15 يوليو ٢٠١٤.

يرجى إكمال الجدول التالي الذي يوضح (د) الموطن الضريبي لصاحب الحساب (و،) رقم التعريف الضريبي لصاحب الحساب لكل بلد / ولاية قضائية محددة.

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيناً لأغراض الضريبية في أكثر من ثلاث بلدان / ولايات قضائية، فيرجى استخدام ورقة منفصلة

إذا لم يتتوفر 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":

يتعدى 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 مقيناً لأغراض الضريبة في أحد البلدان التالية:

#### الأسئلة: (يلزم الإجابة\*)

١. هل حصلت على حقوق الإقامة بموجب برنامج الحصول على الجنسية عن طريق الاستثمار (CBI)/الإقامة عن طريق الاستثمار (RBI)؟ \*

لا  نعم

إذا كانت الإجابة «نعم»، ذكر نوع البرنامج أدناه.....

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.....

لا  نعم

إذا كانت الإجابة في أي دولة أخرى «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه.....

٣. هل قضيت أكثر من ٩٠ يوماً في أي دولة (دول) أخرى خلال العام السابق؟ \*

لا  نعم

إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه.....

٤. في أي ولاية (ولايات) قضائية قمت بإقرارات 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 علاقتي بصاحب الحساب مع متلايفات باستخدام ومشاركة المعلومات التي أقدمها.

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

اقر 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.

تعهد بإبلاغ متلايف بأي تغيير في الظروف من شأنه أن يؤثر على حالة الإقامة الضريبية للشخص المحدد في الطلب أو في هذا النموذج أو يجعل المعلومات الواردة في هذا النموذج غير صحيحة أو غير كاملة، كما أتعهد بتزويد متلايف بإقرار وتصديق ذاتي محدث حسب الأصول في غضون ٩٠ يوماً من هذا التغيير في الظروف.

التواقيع



توقيع صاحب الوثيقة

التواقيع



توقيع المستفيد

غير القابل للتغير (حيثما ينطبق)

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 والدراسات ("الإشعارات").) وأوافق على تلقي الإشعارات وأدرك أن متلايف لا تقدم أي ضمانات بأن الإشعارات لن تتوقف أو تخول من الأخطاء، ولن يتم اعتبار أو معاملة أي خطأ أو توقف من هذا القبيل كمصدر 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 لأي سبب يتعلق بتلقي 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 إلكترونياً: من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني وتوقعه لهذا 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 التأكيد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته في هذا الطلب في جميع الأوقات، كما أتحمل مسؤولية إبلاغ متلايف على الفور في حال تغير عنوان البريد الإلكتروني أو التوقف عن استلام الوثائق. أافق على أن جميع المعلومات والوثائق المرسلة إلى عنوان بريدي الإلكتروني أو المستلمة منه على النحو الوارد في هذا الطلب تعتبر صالحة وتغير 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 أسلم الوثائق المطلوبة، فسوف أحظر متلايف على الفور.

يتوقع هذا الطلب، أدرك وأوافق على أنه إذا كنت أرغب في التوقف عن استلام الوثائق إلكترونياً، فإنه يجب على الغاء هذا التمويض من خلال مستند كتابي آخر ويتوقعه 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 من تستعين بهم متلايف.

أدرك أنه على الرغم من اتخاذ متلايف كل الاحتياطيات الضرورية لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، لا تضمن متلايف سلامة معلوماتي. أافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم إدارجه في قائمة البريد الإلكتروني لمتلايف وأقبل أي مخاطر كامنة تتعلق باتصالات البريد الإلكتروني.

## التوقيع\*

٢٠	سنة <input type="text"/>	شهر <input type="text"/>	اليوم <input type="text"/>	البلد <input type="text"/>	المدينة <input type="text"/>	موقع في <input type="text"/>
	السنة	الشهر	اليوم	البلد	المدينة	
<input type="text"/>	التواقيع <input type="text"/>	<input type="text"/>	الإسم الكامل بخط اليد <input type="text"/>			الاسم الكامل لصاحب الوثيقة <input type="text"/>
<input type="text"/>	التواقيع <input type="text"/>	<input type="text"/>	الإسم الكامل بخط اليد <input type="text"/>			الإسم الكامل للمستفيد أو المتنازل إليه غير القابل للتغيير <input type="text"/>

اسم الشاهد والتواقيع ليس مطلوباً إذا قدم العميل الطلب للمتلايف مباشرة

<input type="text"/>	التواقيع <input type="text"/>	<input type="text"/>	الإسم الكامل بخط اليد <input type="text"/>		الإسم الكامل للشاهد / الوكيل <input type="text"/>	البلد <input type="text"/>
	التواقيع		الإسم الكامل بخط اليد			

## للمساعدة

كيفية تقديم النموذج	كيفية التواصل معنا					
يرجى إرسال المستندات الأصلية إلى:	أي دولة أخرى	قطر	البحرين	غمان	الكويت	الإمارات
خدمة العملاء - متلايف	+٩٧١ ٤٤٥٤٥٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٨	+٩٦٥ ٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ - متلايف (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣)
ص.ب. رقم: ٣٧١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة						اتصل بنا
CustomerServices.Gulf@metlife.com						لتوصيل البريد الإلكتروني
www.metlife-gulf.com						الموقع الإلكتروني

أمريكان لايف انشورنس كومباني -مسجلة في دولة الإمارات العربية المتحدة بموجب القانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧، تحت رقم تسجيل ٣٤ في البنك المركزي ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية برخصة رقم ٢٠٥٣٢٩

أمريكان لايف انشورنس كومباني هي إحدى الشركات التابعة لمتلايف انك