

برنامج حماية الغد Future Protect



IFA Application Form نموذج طلب المستشار المالي المستقل

رقم الوثيقة Policy No. IFA Name إسم المستشار المالي المستقل
رمز الوكيل Agent Code Financial Advisor Name اسم المستشار المالي

▶ All sections in the form are required to be completed
▶ Please use BLOCK CAPITAL LETTERS to fill in the form

◀ يجب ملء جميع الأقسام في النموذج
◀ الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح

1. Proposed Insured details (as shown in the identification document)

1. تفاصيل الشخص المطلوب التأمين عليه (كما موضح في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name إسم الوالد Middle Name الشهرة Last Name
الجنس Gender ذكر Male أنثى Female الحالة الإجتماعية Marital Status أعزب Single متزوج Married تاريخ الميلاد Date of Birth
مدينة الولادة City of Birth بلد الولادة Country of Birth
يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities 1) 2) 3)
صلة القرى بمالك الوثيقة Relationship to Policy Owner

Residency* الإقامة*

1) 2) 3)

الإقامة هي أي مكان قد يلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك المنطقة.

*"Residency" is any place where you may be obliged to file income tax returns as a resident of that jurisdiction.

Occupation المهنة

المسمى الوظيفي Employment Status موظف Employee صاحب العمل Self-employed ربة منزل Homemaker غير موظف / معال / طالب Unemployed/Dependent/Student
الموقع الوظيفي Position / Title طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties
إسم صاحب العمل / الشركة Employer's / Company's Name

Income الدخل

Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD معدل الدخل السنوي المكتسب خلال 3 سنوات بالدولار الأمريكي

السنة الحالية Current Year السنة الماضية Last Year السنة ما قبلها The Year Before
مصادر الدخل الأخرى (إن وجد) Other sources of Income (if any) مصدر الدخل Source الدخل السنوي Annual Income

Personal Banking Details

المراجع المصرفية الشخصية

إسم البنك Name of Bank العنوان Address

Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة Country المدينة/الامارة City / Town ص.ب. P.O. Box
المنطقة/الشارع Area / Street المبنى Building شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.
الهاتف Telephone رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code البريد الإلكتروني E-mail

Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي

الدولة Country المدينة/الامارة City / Town ص.ب. P.O. Box
المنطقة/الشارع Area / Street المبنى Building شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.
الهاتف Telephone رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code الهاتف المتحرك Mobile رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code

2. Joint Insured Details (as shown in the identification document)

٢. تفاصيل الشخص المؤمن عليه المشارك (كما موضح في الوثائق الرسمية)

| | | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|---|---|
| الإسم الأول First Name | <input type="text"/> | إسم الوالد Middle Name | <input type="text"/> | الشهرة Last Name | <input type="text"/> |
| الجنس Gender | <input type="checkbox"/> ذكر Male | <input type="checkbox"/> أنثى Female | الحالة الإجتماعية Marital Status | <input type="checkbox"/> أعزب Single | <input type="checkbox"/> متزوج Married |
| تاريخ الميلاد Date of Birth | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | |
| مدينة الولادة City of Birth | <input type="text"/> | | بلد الولادة Country of Birth | <input type="text"/> | |
| يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities | 1) <input type="text"/> | 2) <input type="text"/> | 3) <input type="text"/> | | |
| صلة القربى بمالك الوثيقة Relationship to Policy Owner | <input type="text"/> | | | | |

Residency* الإقامة*

| | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1) <input type="text"/> | 2) <input type="text"/> | 3) <input type="text"/> |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|

* "الإقامة" هي أي مكان قد يلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك المنطقة.

* "Residency" is any place where you may be obliged to file income tax returns as a resident of that jurisdiction.

Occupation المهنة

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| المسمى الوظيفي Employment Status | <input type="checkbox"/> موظف Employee | <input type="checkbox"/> صاحب العمل Self-employed | <input type="checkbox"/> ربة منزل Homemaker | <input type="checkbox"/> غير موظف / معال / طالب Unemployed/Dependent/Student |
| الموقع الوظيفي Position / Title | <input type="text"/> | | طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties | <input type="text"/> |
| إسم صاحب العمل / الشركة Employer's / Company's Name | <input type="text"/> | | | |

Income الدخل

| | | | | | |
|---|--|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD | معدل الدخل السنوي المكتسب خلال ٣ سنوات بالدولار الأمريكي | | | | |
| السنة الحالية Current Year | <input type="text"/> | السنة الماضية Last Year | <input type="text"/> | السنة ما قبلها The Year Before | <input type="text"/> |
| مصادر الدخل الأخرى (إن وجد) Other sources of Income (if any) | مصدر الدخل Source | <input type="text"/> | الدخل السنوي Annual Income | <input type="text"/> | |

Personal Banking Details المراجعات المصرفية الشخصية

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| إسم البنك Name of Bank | <input type="text"/> | العنوان Address | <input type="text"/> |
|---------------------------|----------------------|--------------------|----------------------|

Current Business Address عنوان العمل الحالي

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
| الدولة Country | <input type="text"/> | المدينة/الامارة City / Town | <input type="text"/> | ص.ب. P.O. Box | <input type="text"/> |
| المنطقة/الشارع Area / Street | <input type="text"/> | المبنى Building | <input type="text"/> | شقة/فيلا رقم Flat / Villa No. | <input type="text"/> |
| الهاتف Telephone | <input type="text"/> | البريد الإلكتروني E-mail | <input type="text"/> | | |

Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
| الدولة Country | <input type="text"/> | المدينة/الامارة City / Town | <input type="text"/> | ص.ب. P.O. Box | <input type="text"/> |
| المنطقة/الشارع Area / Street | <input type="text"/> | المبنى Building | <input type="text"/> | شقة/فيلا رقم Flat / Villa No. | <input type="text"/> |
| الهاتف Telephone | <input type="text"/> | الهاتف المتحرك Mobile | <input type="text"/> | | |

3. Applicant / Policy Owner Details (if other than Proposed Insured - as shown in the identification document)

٣. تفاصيل مقدم الطلب / مالك الوثيقة (إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه - كما موضح في الوثائق الرسمية)

| | | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|---|---|
| الإسم الأول First Name | <input type="text"/> | إسم الوالد Middle Name | <input type="text"/> | الشهرة Last Name | <input type="text"/> |
| الجنس Gender | <input type="checkbox"/> ذكر Male | <input type="checkbox"/> أنثى Female | الحالة الإجتماعية Marital Status | <input type="checkbox"/> أعزب Single | <input type="checkbox"/> متزوج Married |
| تاريخ الميلاد Date of Birth | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | |
| مدينة الولادة City of Birth | <input type="text"/> | | بلد الولادة Country of Birth | <input type="text"/> | |
| يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities | 1) <input type="text"/> | 2) <input type="text"/> | 3) <input type="text"/> | | |

Residency* الإقامة*1) 2) 3)

* "الإقامة" هي أي مكان قد يلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك المنطقة.

* "Residency" is any place where you may be obliged to file income tax returns as a resident of that jurisdiction.

Occupation المهنةالمسمى الوظيفي Employment Status موظف Employee صاحب العمل Self-employed ربة منزل Homemaker غير موظف / معال / طالب Unemployed/Dependent/Studentالموقع الوظيفي Position / Title طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties إسم صاحب العمل / الشركة Employer's / Company's Name **Income الدخل**

Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD

معدل الدخل السنوي المكتسب خلال ٣ سنوات بالدولار الأمريكي

السنة الحالية Current Year السنة الماضية Last Year السنة ما قبلها The Year Before مصادر الدخل الأخرى (إن وجد) Other sources of Income (if any) مصدر الدخل Source الدخل السنوي Annual Income **Personal Banking Details****المراجحة المصرفية الشخصية**إسم البنك Name of Bank العنوان Address **Current Business Address عنوان العمل الحالي**الدولة Country المدينة/الامارة City / Town ص. ب. P.O. Box المنطقة/الشارع Area / Street المبنى Building شقة/فيلا رقم Flat / Villa No. الهاتف Telephone رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code - البريد الإلكتروني E-mail **Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي**الدولة Country المدينة/الامارة City / Town ص. ب. P.O. Box المنطقة/الشارع Area / Street المبنى Building شقة/فيلا رقم Flat / Villa No. الهاتف Telephone رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code - الهاتف المتحرك Mobile رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code - **4. Send Correspondence to**

٤. إرسال المراسلات إلى

 مكان الإقامة Residence مكان العمل Work آخر Other يرجى الشرح إذا اخترت آخر If Other, please provide**5. Assets & Liabilities**

٥. الأصول و الديون

Assets (At Market Value) الأصول (بالقيمة السوقية)**Liabilities الديون**النقدية بالمصارف Cash in Bank(s) \$ أوراق دفع / قروض مستحقة للبنوك Notes / Loans Payable to Banks \$ الأسهم والسندات Shares & Bonds \$ أوراق دفع / قروض مستحقة للغير Notes / Loans Payable to Others \$ ممتلكات شخصية (سيارات، أثاث، مجوهرات وغيرها) Personal Property (auto, furniture, jewelry, etc..) \$ رهون أو حجوزات على العقارات Mortgages or Liens on Real Estate \$ أصول أخرى (يرجى ذكرها) Other Assets (Please define) \$ ضرائب و فوائد مستحقة Taxes and Interest Due \$ الإجمالي Total \$ قروض للتأمين على الحياة Loans of Life Insurance \$ خصوم أخرى (يرجى ذكرها) Other Liabilities (please define) \$ الإجمالي Total \$

6. Personal / Business Banking References

٦. المراجع المصرفية الشخصية / التجارية

| | | | |
|---------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| البنك Bank | <input type="text"/> | العنوان Address | <input type="text"/> |
| البنك Bank | <input type="text"/> | العنوان Address | <input type="text"/> |

Do you agree referring to them, if necessary, for the purpose of assessing your Application?

نعم
YES

لا
NO

هل توافق بالرجوع إلى تلك البنوك إذا لزم الأمر، بغرض تقييم طلبكم؟

If 'no', please explain

إذا كانت الإجابة لا، يرجى التوضيح

7. Are there any suits pending or judgements against you at this time?

نعم
YES

لا
NO

٧. هل توجد دعاوى قضائية أو أحكام معقدة ضدك في هذا الوقت؟

If 'yes', please provide complete details

إذا كانت الإجابة نعم يرجى إعطاء التفاصيل الكاملة

8. Details of Life Insurance & Supplementary Contracts applied for

٨. تفاصيل التأمين على الحياة و العقود الإضافية المقدم عليها

Basic Plan of Insurance: Future Protect

برنامج التأمين الأساسي: حماية الغد

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----------------------|
| Coverage Options | <input type="checkbox"/> التأمين المنفرد Single Life | <input type="checkbox"/> التأمين المشترك الوفاة الأولى Joint Life first Death | <input type="checkbox"/> التأمين المشترك لوفاة كلا المؤمنين Joint Life both Death | خيارات التغطية | |
| Amount of insurance (for Proposed Insured) | <input type="text"/> بالأرقام Figures | | <input type="text"/> كتابة Words | مبلغ التأمين (للشخص المطلوب التأمين عليه) | |
| Amount of insurance (for Joint Insured) | <input type="text"/> بالأرقام Figures | | <input type="text"/> كتابة Words | مبلغ التأمين (للمؤمن عليه المشارك) | |
| Planned Premium | <input type="text"/> | | | القسط المخطط دفعه | |
| Mode of Payment | Regular Premium <input type="checkbox"/> شهري Monthly | <input type="checkbox"/> ربع سنوي Quarterly | <input type="checkbox"/> نصف سنوي Semi-annual | <input type="checkbox"/> سنوي Annual | طريقة الدفع الدوري |
| | Single Premium <input type="checkbox"/> شهري Monthly | <input type="checkbox"/> سنوي Annual | | | القسط الوحيد |

Details of payment:

نعم
YES

لا
NO

تفاصيل الدفع:

Is the Policy Owner making the payments from their own bank account?

هل يقوم مالك الوثيقة بإجراء الدفعات من حساب البنك الخاص؟

If No, please proceed to complete the "Payor details" Form or the Credit Card Authorization Form, as applicable, separately.

إذا كانت الإجابة "لا"، فالرجاء استكمال نموذج "بيانات الشخص المخول بالدفع" أو نموذج تفويض بطاقة الائتمان، حيثما ينطبق، بشكل منفصل.

If Yes please complete the below details.

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى استكمال التفاصيل التالية:

| | | |
|-------------------------|----------------------|--------------------|
| Bank Name | <input type="text"/> | إسم البنك |
| Bank branch and address | <input type="text"/> | فرع البنك والعنوان |
| Country | <input type="text"/> | البلد |
| Accountholder's Name | <input type="text"/> | إسم صاحب الحساب |
| Account number | <input type="text"/> | رقم الحساب |

رقم الحساب المصرفي الدولي (ملاحظة: اعتماداً على منطقتك، قد لا تحتاج إلى استخدام جميع خانات رقم الحساب المصرفي الدولي)
IBAN number (Note: depending on your region, you may not need to use all IBAN boxes)

ملاحظة: يرجى تضمين قسم تفاصيل الحساب في نموذج الطرف الثالث للدفع لكل من الأفراد والشركات.

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

A) Supplementary Contracts for Proposed Insured

أ) العقود الإضافية للشخص المطلوب التأمين عليه

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accidental Death Benefit | <input type="text"/> مبلغ التغطية Coverage Amount | <input type="checkbox"/> منفعة التعويض عن الوفاة بسبب حادث |
| <input type="checkbox"/> Permanent & Total Disability | <input type="text"/> مبلغ التغطية Coverage Amount | <input type="checkbox"/> العجز الكلي و الدائم |
| <input type="checkbox"/> Permanent Partial Disability | <input type="text"/> مبلغ التغطية Coverage Amount | <input type="checkbox"/> العجز الجزئي الدائم |

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hospitalization | Coverage Amount <input type="text"/> مبلغ التغطية | منفعة الاستشفاء <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Critical Illness (please specify - Cancer only, <input type="checkbox"/> 3 CI, <input type="checkbox"/> or 32 CI <input type="checkbox"/>) | Coverage Amount <input type="text"/> مبلغ التغطية | الحماية من الأمراض المستعصية المنفعة المنفردة (يرجى تحديد - السرطان فقط <input type="checkbox"/> ٣, أمراض مستعصية, <input type="checkbox"/> ٣٢ مرض مستعصي) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Accelerated Critical Illness (please specify - Cancer only, <input type="checkbox"/> 3 CI, <input type="checkbox"/> or 32 CI <input type="checkbox"/>) | Coverage Amount <input type="text"/> مبلغ التغطية | الحماية من الأمراض المستعصية المعجلة (يرجى تحديد - السرطان فقط <input type="checkbox"/> ٣, أمراض مستعصية, <input type="checkbox"/> ٣٢ مرض مستعصي) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Waiver of Premium due to Disability (if Proposed Insured is same as Owner) | | تنازل عن القسط بسبب العجز (إذا كان الشخص المطلوب التأمين عليه هو مالك الوثيقة) <input type="checkbox"/> |

B) Supplementary Contracts for Joint Insured

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accidental Death Benefit | Coverage Amount <input type="text"/> مبلغ التغطية | منفعة التعويض عن الوفاة بسبب حادث <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Permanent & Total Disability | Coverage Amount <input type="text"/> مبلغ التغطية | العجز الكلي و الدائم <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Permanent Partial Disability | Coverage Amount <input type="text"/> مبلغ التغطية | العجز الجزئي الدائم <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hospitalization | Coverage Amount <input type="text"/> مبلغ التغطية | منفعة الاستشفاء <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Critical Illness (please specify - Cancer only, <input type="checkbox"/> 3 CI, <input type="checkbox"/> or 32 CI <input type="checkbox"/>) | Coverage Amount <input type="text"/> مبلغ التغطية | الحماية من الأمراض المستعصية المنفعة المنفردة (يرجى تحديد - السرطان فقط <input type="checkbox"/> ٣, أمراض مستعصية, <input type="checkbox"/> ٣٢ مرض مستعصي) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Accelerated Critical Illness (please specify - Cancer only, <input type="checkbox"/> 3 CI, <input type="checkbox"/> or 32 CI <input type="checkbox"/>) | Coverage Amount <input type="text"/> مبلغ التغطية | الحماية من الأمراض المستعصية المعجلة (يرجى تحديد - السرطان فقط <input type="checkbox"/> ٣, أمراض مستعصية, <input type="checkbox"/> ٣٢ مرض مستعصي) <input type="checkbox"/> |

C) Supplementary Contracts For Owner (If Owner Is Other Than Proposed Insured)

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Waiver of Premium due to Death | | تنازل عن القسط بسبب الوفاة <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Waiver of Premium due to Death & Disability | | تنازل عن القسط بسبب العجز و الوفاة <input type="checkbox"/> |

9. Contribution Allocation

٩. تخصيص المساهمات

ملاحظة: يجب أن تكون نسب التوزيع في أي من حسابات الإستثمار الفرعية إما مساوية لصفراً أو من مضاعفات النسبة ١٠٪. وستعتبر المربعات الفارغة غير المعبأة بمثابة الصفر.
Allocation percentage to any one investment subaccount must be either 0% or multiples of 10%

| SI No. رقم | Fund Name | الأسهم الاستثمارية | Fund Code رمز السهم | التوزيع % Allocation |
|--|-----------|--------------------|---------------------|----------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| Please ensure that the total allocation adds to 100% | | | | المجموع Total 100% |

10. Beneficiaries for Proposed Insured

١٠. المستفيدون للشخص المطلوب التأمين عليه

a) Beneficiary Allocation

أ) تخصيص المستفيد

| الإسم الكامل للمستفيد Full Name of Beneficiary | صلة القرابي Relationship | الجنسية Nationality | بلد الإقامة Country of Residence | تاريخ الميلاد Date of Birth | | | | | | | | النسبة 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 | |

b) Beneficiary Personal Details

(ب) التفاصيل الشخصية للمستفيد

| إسم المستفيد Beneficiary Name | * الشخص الذي يمكن الإتصال به في حال كان المستفيد المعين مذكورا وفقا للملاحظات أدناه * Contact Person name in case the appointed beneficiary is asper below notes | * عنوان البريد الإلكتروني * Email Address | * تفاصيل الإتصال * Contact Details |
|----------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- * يرجى الرجوع إلى إبراء المسؤولية لتعيين المستفيدين.
* **الملاحظات:** إذا تم تعيين القاصرين كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الإتصال والبريد الإلكتروني للوصي القانوني (غير مالك الوثيقة والمؤمن عليه)
* إذا تم تعيين الورثة الشرعيين أو قانون الشريعة أو التركة كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الإتصال والبريد الإلكتروني للشخص المسؤول عن الإتصال به.
- * Please refer to disclaimer for beneficiary designation.
* **Notes:** If Minors are nominated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the Legal Guardian (other than the Policy Owner and or Insured)
* If Legal Heirs , Sharia Law or Estate are stated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the person in charge to be contacted.

11. Beneficiaries for Joint Insured

١١. المستفيدون للمؤمن عليه المشارك

a) Beneficiary Allocation

(أ) تخصيص المستفيد

| الإسم الكامل للمستفيد Full Name of Beneficiary | صلة القربى Relationship | الجنسية Nationality | بلد الإقامة Country of Residence | تاريخ الميلاد Date of Birth | | | | | | | | النسبة Percentage |
|---|----------------------------|------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------------|
| | | | | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

b) Beneficiary Personal Details

(ب) التفاصيل الشخصية للمستفيد

| الإسم الكامل للمستفيد Beneficiary Name | * الشخص الذي يمكن الإتصال به في حال كان المستفيد المعين مذكورا وفقا للملاحظات أدناه * Contact Person name in case the appointed beneficiary is asper below notes | * عنوان البريد الإلكتروني * Email Address | * تفاصيل الإتصال * Contact Details |
|---|---|--|---------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- * يرجى الرجوع إلى إبراء المسؤولية لتعيين المستفيدين.
* **الملاحظات:** إذا تم تعيين القاصرين كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الإتصال والبريد الإلكتروني للوصي القانوني (غير مالك الوثيقة والمؤمن عليه)
* إذا تم تعيين الورثة الشرعيين أو قانون الشريعة أو التركة كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الإتصال والبريد الإلكتروني للشخص المسؤول عن الإتصال به.
- * Please refer to disclaimer for beneficiary designation.
* **Notes:** If Minors are nominated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the Legal Guardian (other than the Policy Owner and or Insured)
* If Legal Heirs , Sharia Law or Estate are stated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the person in charge to be contacted.

12. Does the Proposed Insured, Joint Insured, and/or Policy Owner have any existing insurance

نعم
YES

لا
NO

١٢. هل يوجد لدى الشخص المطلوب التأمين عليه و / أو المؤمن عليه المشارك و / أو مالك الوثيقة أية وثائق تأمين أخرى؟
إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى تقديم التفاصيل كاملة في الجدول أدناه:

| رقم الوثيقة Policy No | نوع التغطية (الحياة، الحوادث، الصحة، الاستثمار) Type of Coverage (Life, & Accident Health, Investment) | الإسم Name | الشركة Company | تاريخ النفاذ Effective Date | مبلغ التغطية Coverage Amount | القسط السنوي Annual Premium |
|--------------------------|---|---------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

13. General Questions

١٣. التصريحات العامة

(Apply to Proposed Insured, Joint Insured, and/or Policy Owner in this application)

تنطبق على الشخص المطلوب التأمين عليه ، المؤمن عليه المشارك و / أو مالك الوثيقة في هذا الطلب.

1. Has any application for insurance or reinstatement ever been declined, postponed, rated or in any way modified?

نعم
YES

لا
NO

١. هل رفض لك طلب تأمين أو رفض طلب إعادة سريان وثيقة أو هل أن مثل ذلك الطلب قد أرجئ البت فيه أو صنف بتعرفة أعلى من القسط العادي أو عدل بأي طريقة أو الغي؟

If yes, give details below.

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء اعطاء التفاصيل.

| الإسم Name | التفاصيل Details |
|---------------|---------------------|
| | |

2. Do you now or intend to undertake or participate in any kind of racing, scuba or sky diving, hang gliding or any other hazardous sport or activity, or do you fly or intend to fly other than as a fare-paying passenger on regularly scheduled airlines?

نعم
YES

لا
NO

هل أنت الآن أو تنوي القيام أو المشاركة في أي نوع من السباق أو الغطس أو القفز بالمظلات أو الطيران الشراعي أو أي رياضة أو نشاط آخر خطير، أو هل تطير أو تنوي أن تطير كمسافر مدفوع الأجر على الخطوط الجوية المجدولة بانتظام؟

If yes, give details below.

إذا كانت الاجابة نعم الرجاء تعبئة الإستبيان المناسب.

| الإسم Name | التفاصيل Details |
|---------------|---------------------|
| | |

3. Travel plans outside your current country of residence within the next 12 months?

نعم
YES

لا
NO

3. خطط السفر خارج بلد إقامتك الحالي خلال الاثني عشر شهراً القادمة؟

If yes, give country(ies), purpose and duration of trip details in space provided below.

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء تحديد الدولة، الغرض، المدة وتفاصيل كل رحلة في الجدول المبين أدناه.

| الإسم Name | الغرض Purpose | الدولة Country | المدينة City | مجموع عدد الأيام Total no of days |
|---------------|------------------|-------------------|-----------------|--------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

14. Health Details (Questions pertain to the Proposed Insured, Joint Insured, and/or Policy Owner in this application.) Please provide complete and correct answers irrespective of how important they might appear. If a question is answered "yes", please provide complete details below.*

14. التفاصيل الطبية (الأسئلة تنطبق على الشخص المطلوب التأمين عليه، المؤمن عليه المشارك و / أو مالك الوثيقة في هذا الطلب.) يرجى تقديم الإجابات الكاملة و الصحيحة بغض النظر عن مدى أهمية السؤال. إذا تمت الإجابة على أية سؤال ب "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل الكاملة أدناه.*

- (a) Do you have any personal or family doctor?

State "Not Applicable" if None.

نعم
YES

لا
NO

(أ) هل لديك طبيب شخصي أو طبيب العائلة؟

أذكر "غير قابل للتطبيق" إذا كان لا يوجد.

If 'YES', please provide full details on the table below:

إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل كاملة في الجدول أدناه:

| | إسم الطبيب Doctor's Name | العنوان/الهاتف Address / Phone No. | تاريخ آخر استشارة Date Last seen | السبب/الأعراض Reason / Symptoms |
|--|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured | | | | |
| المؤمن عليه المشارك Joint Insured | | | | |
| المالك Owner | | | | |

| الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured | الطول(سم) Height(cm) | الوزن(كغ) Weight(kg) | المؤمن عليه المشارك Joint Insured | الطول(سم) Height(cm) | الوزن(كغ) Weight(kg) | المالك Owner | الطول(سم) Height(cm) | الوزن(كغ) Weight(kg) |
|--|-------------------------|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

- (c) Smoker's details:

(ج) تفاصيل عن الشخص المدخن:

| هل دخنت أي نوع من أنواع التبغ، السجائر، الأنابيب، الشيشة، السجائر الإلكترونية، أو مضغ التبغ في الاثني عشر شهراً الماضية؟ Have you smoked any type of tobacco, cigarettes, pipe, shisha, e-cigarette, vape, or chew tobacco in the last 12 months? | نعم Yes | المؤمن عليه المشارك Joint Insured | المالك Owner | إذا نعم If Yes | النوع Type | الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured | المؤمن عليه المشارك Joint Insured | المالك Owner |
|--|------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------|--|--|--------------------------------------|-----------------|
| | | | | | الكمية في اليوم الواحد Quantity per day | | | |
| | لا No | | | | | | | |

- (د) هل سبق أن طلبت إستشارة طبية أو تم تشخيصك أو تعالجت لأي من الأمراض التالية:
- أ. حمى الروماتيزم، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع الكوليسترول في الدم، لفت، جلطة دماغية، ألم في الصدر، أمراض القلب و الشرايين والأوعية الدموية؟
- ب. السرطان، التقرحات الرخوة أو ورم؟
- ج. السكري، ارتفاع نسبة السكر في الدم، الغدة الدرقية، أو إضطراب كلوي، أو أي إضطراب في الغدد الصماء؟
- د. التهاب الكبد الوبائي أو أية مضاعفات في الكبد، البنكرياس، المرارة، المعدة أو الجهاز الهضمي؟
- هـ. الصرع، شلل، أو أية علة عصبية؟
- و. الربو، أمراض الجهاز التنفسي، أو الرئوي؟
- ز. أمراض عقلية أو نفسية بما في ذلك القلق والاكتئاب؟
- ح. مرض أو خلل في العضلات، العمود الفقري، المفاصل و الأطراف بما فيه فقدان الحواس أو عدم التوازن؟
- ط. مرض، خلل في النظر، النطق أو السمع؟
- ي. أية أمراض وراثية أو خلقية؟
- ك. حالات مزمنة، علة أو أية إصابة لم يتم ذكرها أعلاه؟
- (هـ) هل حصلت على أي علاج طبي أو جراحي أو أجريت أي فحوص طبية أو أدخلت إلى المستشفى أو أشير عليك بإجراء أية فحوص تشخيصية أو إجراء جراحة ولم يتم ذلك، ولم يتم الفصح عنه أعلاه؟

نعم
YES

لا
NO

*If you (pertains to the Proposed Insured, Joint Insured, and/or Policy Owner) have answered "Yes" to any of the questions above, please provide further details as below:

* إذا كنت (الشخص المطلوب التأمين عليه و / أو المؤمن عليه المشارك و / أو مالك الوثيقة) قد أجبت "نعم" على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، الرجاء تقديم مزيد من التفاصيل أدناه:

| سؤال رقم Question No. | الإسم Name | التاريخ Date | إسم الأطباء والمستشفيات Name of doctors, hospitals | سبب الإستشارة Reason for consultation | نتيجة الإختبار Outcome | العمر عند التشخيص Age at time of diagnosis | العلاج Treatment | الوضع الحالي Current Condition |
|--------------------------|---------------|-----------------|---|--|---------------------------|---|---------------------|-----------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

- (و) هل أصيب أي من افراد عائلتك أو توفي نتيجة لأحد من الأمراض المذكورة أعلاه؟
- إذا كانت الإجابة (نعم) الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه:

نعم
YES

لا
NO

| الإسم Name | أفراد الأسرة Family Members | في حال على قيد الحياة If Living | | إذا توفي If Deceased | |
|---------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| | | السن Age | الحالة الصحية Condition | السن عند الوفاة Age at Death | سبب الوفاة Cause of Death |
| | | | | | |
| | | | | | |

CRS Declaration (to be filled and signed by the Applicant/Policy Owner)

إعلان CRS (يجب تعبئته وتوقيعه من قبل مقدم الطلب / مالك الوثيقة)

Please complete the following table indicating (i) where the Account Holder is tax resident and (ii) the Account Holder's TIN for each country/ jurisdiction indicated.

يُرجى تعبئة الجدول التالي مع توضيح ما يلي: (١) مكان الإقامة الضريبية لصاحب الحساب. (٢) رقم التعريف الضريبي لصاحب الحساب في كل دولة مشار إليها.

Note: If the Account Holder is tax resident in more than three countries/ jurisdictions, please use a separate sheet

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب خاضع لضريبة الإقامة في أكثر من ثلاث دول يُرجى تعبئة ورقة منفصلة

If a TIN is unavailable please provide the appropriate reason A, B or C where indicated below:

إذا كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر يُرجى تحديد السبب المناسب من بين الخيارات "أ" أو "ب" أو "ج" الواردة أدناه:

Reason A

The country/jurisdiction where the Account Holder is resident does not issue TINs to its residents

السبب أ

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

Reason B

The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number, Please explain why you are unable to provide the required information

السبب ب

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

Reason C

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

السبب ج

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

| بلد الإقامة الضريبية Country/Jurisdiction of tax residence | رقم التعريف الضريبي TIN | إذا كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر فاذكر السبب "أ" أو "ب" أو "ج" If no TIN available enter Reason A, B or C | إذا ذكرت السبب "ب"، يرجى التوضيح If Reason B Selected, please explain |
|--|----------------------------|--|--|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

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.

أقر بأنني أتفهم أن المعلومات التي تقدمت بها مشمولة في جميع الشروط والأحكام التي تنظم علاقة صاحب الحساب مع شركة "متلايف" والتي تحدد كيفية استخدام شركة "متلايف" للمعلومات التي تقدمت بها وكيفية مشاركتها.

I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the Account Holder and any Reportable Account(s) may be provided 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.

كما أقر بأنه ربما يتم تقديم المعلومات المضمنة في هذا النموذج وكذلك المعلومات التي تخص صاحب الحساب وأي حساب/حسابات يمكن الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد المحتفظ بالحساب، ومن الممكن تبادلها مع السلطات الضريبية لبلد أو بلدان أخرى يقيم فيها صاحب الحساب لأغراض ضريبية وذلك عملاً بالاتفاقيات الدولية الخاصة بتبادل معلومات الحسابات المالية.

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.

وأشهد بأنني أنا صاحب الحساب (أو مُخوَّل بالتوقيع نيابة عن صاحب الحساب) فيما يخص جميع / الحسابات التي يمتلكها صاحب حساب المتعلق به هذا النموذج.

Declaration

تصريح

I declare that all statements made in this declaration are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.

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

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.

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

U.S.A. Internal Revenue Service (IRS) Declaration:

التصريحات الخاصة بمصلحة الضرائب الأمريكية:

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):

لدى تقديم طلب الحصول على التأمين المبين في هذا النموذج، و عند التوقيع على هذا الطلب فإن مقدم / مقدمو الطلب يشهد/يشهدون بأن المؤمن عليه، مقدم الطلب والمستفيدين:

(select the answer that applies)

(حدد الإجابة التي تنطبق)

 هم
Are

 ليسوا
Are Not

من حاملي الجنسية الأمريكية وذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية⁽¹⁾⁽²⁾ United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes⁽¹⁾⁽²⁾

The Applicant(s) agree(s) to inform the Company 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.

ويوافق مقدم الطلب على إبلاغ الشركة / البنك المعني خلال ٣٠ يوماً من تاريخ معرفته بحصول أي تغيير في حال أصبح مقدم الطلب و/أو أي من المستفيدين المعينين شخصاً أمريكياً خاضعاً لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية أو في حال تحويل مقدم الطلب هذه الوثيقة لشخص أمريكي خاضع لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية.

Please note that a false statement or misrepresentation of tax status by a U.S. person could lead to penalties under U.S. law.

تجدد الإشارة بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان خاطئ لشخص أمريكي الجنسية حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي إلى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية.

If you are a United States person, fill in the details below:

إذا كنت من حاملي الجنسية الأمريكية، املئ التفاصيل أدناه:

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بمقدم الطلب و المؤمن عليه
U.S. Tax ID number of Applicant(s) & Insured:

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بالمستفيد/المستفيدين
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%.

١. هذا السؤال مخصص لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة، تلزم دائرة الضرائب الأمريكية الشركة بإبلاغها عن أي مدخول يتم دفعه إلى أشخاص خاضعين لضريبة الدخل الفيدرالية للولايات المتحدة الأمريكية. يرجى الملاحظة بأنه في حال كنت شخصاً أمريكياً، لإعتبارات ضريبة الدخل المشار إليها أعلاه ولم تقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة، فإن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإحتساب و الاقتطاع بضريبة دخل بمعدل قد يصل إلى ٣٠٪ من المبالغ المدفوعة لك.

2. For purposes of this declaration a U.S. person is a citizen or resident of the United States, a United States partnership, and trust which is controlled by one or more U.S. persons and is subject to the supervision of a U.S. court.

٢. لأغراض هذا التصريح، يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية وأي صندوق إئتماني يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية.

Free Look Period

فترة المراجعة المجانية

You are entitled to a free trial period of thirty (30) days effective from the Policy Date. During which time, You may cancel this Policy by sending a written request of cancellation which must be received by Us at any time within the first thirty (30) days following the Policy Date. During this free-look period any cancellation request will be subject to a refund of Premium without interest and that the refunded amount might:

- 1) be less than the paid Premium if the selected Investment Account(s) decrease due to unfavorable market fluctuations,
- 2) be greater than the paid Premium if the selected Investment Account(s) increase due to favorable market fluctuations.

The cost of medical examinations, if any, will be deducted from the refunded amount as well. No refund will be made if a claim has already been paid.

يحق لك الحصول على فترة مراجعته مجانية لمدة ثلاثين (٣٠) يوم تبدأ من تاريخ الوثيقة. وفي هذه الفترة يمكنك أن تلغي الوثيقة بموجب إرسال طلب إلغاء خطي نستلمه في أي وقت خلال الثلاثين (٣٠) يوماً الأولى التي تلي مباشرة لتاريخ الوثيقة لديك الحق في الحصول على إعادة للاقساط بدون فوائد وان المبلغ المسترد قد يكون:

- ١) أقل من القسط المدفوع إذا انخفضت قيمة الحسابات الإستثمارية المختارة نتيجة لتقلبات السوق السلبية.
- ٢) أكثر من القسط المدفوع إذا ارتفعت قيمة الحسابات الإستثمارية المختارة نتيجة لتقلبات السوق الإيجابية..

سوف يتم خصم تكاليف الفحوصات الطبية، إن طبقت، من المبلغ المسترد أيضاً. لن يتم إعادة أي قسط إذا تم دفع مطالبة ولن يتم إعادة أي قسط إذا تم دفع المطالبة.

Disclaimer

إبراء المسؤولية

Terms & Conditions apply. This insurance policy is underwritten by MetLife and the insurance coverage that this policy provides shall be at all times subject to the terms and conditions of the policy contract issued by MetLife. The Distribution Partner shall not be responsible for MetLife's actions or decisions under the policy contract nor shall the distribution partner be liable regarding payment of claims or services under the policy contract issued by MetLife.

"It is acknowledged and understood that this Policy is sold under the laws of the Country of Issue. The Policyholder should consult his / her own professional advisor(s) as to the legal or any other requirements or restrictions relating to the life coverage and investment plans obtained under the Policy and their tax consequences pursuant to the laws of any jurisdiction to which the Policyholder would be or might become subject during the term of the Policy."

تطبق الشروط والأحكام. إن وثيقة التأمين هذه تم إعدادها من قبل متلايف وتخضع التغطية التأمينية التي توفرها هذه الوثيقة في جميع الأوقات للشروط والأحكام الواردة في عقد الوثيقة الصادر عن متلايف. يتحمل حامل الوثيقة مخاطر الإستثمار فيها ولا يكون مبلغ الإستثمار الأساسي أو عوائده مضموناً (باستثناء الجزء المضمون من الإستثمار). الموزع غير مسؤول عن الإجراءات التي تقوم بها متلايف أو القرارات التي تتخذها بموجب عقد الوثيقة، كما أن الموزع غير مسؤول عن سداد أية مطالبات أو خدمات بموجب عقد الوثيقة الصادر عن متلايف.

"من المتفق عليه والمفهوم أن هذه الوثيقة مبيعة وفقاً لقوانين دولة الإصدار. يتعين على صاحب الوثيقة مشاوره الاستشاري المهني الخاص به/بها فيما يتعلق بالمتطلبات القانونية أو غيرها من المتطلبات أو المحاذير المتعلقة بالتغطية التأمينية على الحياة وخطط الإستثمار التي يتم الحصول عليها بموجب الوثيقة وأي تبعات ضريبية لها بموجب القوانين السارية في دولة الإختصاص الذي يتبع لها حامل الوثيقة أو قد يتبع لها أثناء فترة سريان الوثيقة."

Important: Before signing this Declaration please check that the answers given in this application are complete and correct.

هام: قبل التوقيع على هذا الإقرار، يرجى التأكد من أن الإجابات الواردة في هذه الإستمارة مكتملة وصحيحة.

No representative has the authority to modify the terms as written in the application form, or to overwrite the requirements of the company.

لا يملك أي ممثل عن البنك الحق بتعديل الشروط المحددة في طلب التأمين أو إلغاء أي من البيانات المطلوبة من قبل الشركة.

VAT:

Starting 1st January 2018, MetLife will charge VAT on all policies which are subject to valued-added tax ("VAT") in accordance with the provisions of UAE Federal Law No. (8) of 2017 on VAT.

ضريبة القيمة المضافة:

ابتداءً من ١ يناير ٢٠١٨، ستضيف متلايف ضريبة القيمة المضافة على جميع الوثائق التي تخضع لضريبة القيمة المضافة وفقاً لأحكام القانون الاتحادي لدولة الإمارات العربية المتحدة رقم (٨) لسنة ٢٠١٧ في شأن ضريبة القيمة المضافة وتعديلاته

***Special Conditions:** "Unless we receive from you a written statement to the contrary, the following rules shall apply:

- 1) in case you designate more than one beneficiary: (a) if you did not specify the percentage of the insurance proceeds to be paid for each beneficiary, we will distribute the insurance proceeds equally among the beneficiaries; (b) if one or more beneficiary(ies) dies before the life insured, the designation of that beneficiary(ies) shall terminate immediately and we will distribute his/her/their share(s) equally among the other beneficiary(ies) unless we receive written instructions from you otherwise;
- 2) in cases you designate only one beneficiary, and this beneficiary dies before the insured, we will pay the insurance proceeds to the insured's estate.
- 3) in case you did not designate any beneficiary, we will pay the insurance proceeds to the insured's estate. The right to appoint/ revoke/change the beneficiary(ies) is reserved to the applicant/policyholder (as the case maybe)."

*شروط خاصة: مالم نستلم منك توجيهات مغايرة، فإننا سنقوم بتطبيق القواعد التالية:

- ١) في حال تعيينك لأكثر من مستفيد واحد: أ- ولم تقم بتحديد حصة كل مستفيد في مبلغ التأمين، سنقوم بتقسيم مبلغ التأمين إلى حصص متساوية يتم توزيعها بالتساوي بين جميع المستفيدين الذين حددتهم. ب- في حال وفاة مستفيد واحد أو أكثر قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، فإنه يسقط حق ذلك المستفيد/ المستفيدين المتوفى في مبلغ التأمين ويتم توزيع حصته/ حصصهم على باقي المستفيدين بالتساوي، مالم نستلم توجيهات خطية منك بخلاف ذلك.
- ٢) في حال تعيينك لمستفيد واحد ووفاة هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين إلى ورثة المؤمن عليه.
- ٣) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين إلى ورثة المؤمن عليه. إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في مقدم الطلب/ حامل الوثيقة التأمين (بحسب ما ينطبق)

Declarations

التصريحات

(a) I agree that there shall be no contract of insurance, unless a policy is issued and delivered on this application and full first contribution actually paid thereon, provided no change shall have occurred in the insurability of the Proposed Insured(s) since completion of the application. I understand that the effective date of cover shall be the policy issue date as shown in the Policy Specification Schedule. I agree to accept delivery of the duly issued policy through one of the following delivery modes:

- 1 - By Courier or registered mail to the correspondence address I opt for in my application form.
- 2 - By Authorized Representative to the correspondence address I opt for in my application form.

Delivery of the policy by any of the above methods and the full payment of my first contribution are construed as my acceptance of all the conditions including those stated in the Policy Specifications Schedule and any Endorsement(s) to said policy and supplementary contracts attached thereto, if and when it is issued by MetLife, as per my application.

(i) أوافق على أنه لن يكون هناك عقد للتأمين، إلا بعد إصدار وثيقة التأمين وتسليمها بناءً على هذا الطلب والسداد الفعلي للمساهمة الأولى فيها بالكامل، شريطة عدم حدوث أي تغيير في أهلية المؤمن عليه المقترح (الأشخاص المطلوب التأمين عليهم المقترحين) للتأمين عن وقت ملء الطلب. إنني أتفهم جيداً أن تاريخ سريان التغطية التأمينية هو نفسه تاريخ إصدار الوثيقة الموضح في جدول مواصفات الوثيقة. أوافق على قبول تسليم الوثيقة المصدرة أصولاً بإحدى وسائل التسليم الآتية:

- ١- عن طريق أحد مندوبي التوصيل أو بالبريد المسجل إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
- ٢- من خلال ممثل مفوض إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.

تسليم الوثيقة بأي من الطرق المذكورة أعلاه وسداد المساهمة الأولى الخاصة بي بالكامل يعتبر قبولاً لكافة الشروط بما فيها تلك الواردة في ملحق مواصفات الوثيقة أو أي ملحق (ملاحق) آخر للوثيقة المذكورة والعقود المكتملة المرفقة بها، إذا قامت متلايف بإصدارها ومتى قامت بهذا الإصدار وفقاً للطلب المقدم من قبلي.

(b) I understand that acceptance of any policy issued on this application shall be a ratification of any correction or changes to this application which MetLife may make in the section entitled "Company Endorsement Only".

(c) I understand that only an authorized officer of MetLife is permitted to i) make or discharge contracts or; ii) waive or change any conditions of the application, policy or receipt; or iii) to accept or pass upon insurability, and such waiver/change shall only be valid by an endorsement hereon and attached hereto.

(d) I understand that any declaration issued to any agent or to medical examiner is not valid unless it has been mentioned in this application or in the medical examination report.

(e) The following financial disclosures are made for the purpose of establishing insurability in connection with pending Life Insurance Application on my life. They are furnished as a true and accurate statement of my financial condition on this statement date and are supported by evidence provided by me. I understand that the disclosures form part of the Contract and that incorrect information or failure to disclose any material fact may invalidate the Contract.

(f) I further authorize MetLife to obtain from any source it deems appropriate including any bank and / or financial institution, any information concerning my financial status and bank account.

(g) I fully understand that with respect to the first contribution, the number of investment units and their respective value will be allocated within 15 days from the date the Policy is delivered and the full contribution is duly received and cleared by MetLife.

(h) I understand that if a Policy issued with coverage terms and / or policy rates different from the coverage terms and / or policy rates which I requested in my application, such Policy shall be suspended until MetLife receives my written approval of the new coverage terms and / or policy rates offered by MetLife.

(i) I hereby acknowledge that MetLife may be required by applicable laws to withhold income tax on my behalf and / or behalf of my Beneficiary(ies) in relation to any returns realized on any of the underlying investments of the selected Investment Subaccount(s) and / or in relation to any payments due to me and / or to my Beneficiary(ies) under the Policy.

(j) I hereby exonerate any physician and / or hospital and / or clinic and/or medical service provider and / or any insurance company and / or any other organization that has any Personal Data* and/or any records related to me and/or knowledge about me and/or any member of my family members proposed for insurance (if any) from the professional secrecy and/or contractual non-disclosure obligation and hereby authorize such person(s) and entities to disclose to MetLife any and all information about me and/or related to my family members proposed for insurance and to provide them with a copy of my Personal Data records which include but not limited to: references to me and/or my family's health and/or medical history and/or any hospitalization, medical advice, diagnosis, treatment disease and/or ailment. I also authorize MetLife to obtain, from any source it deems appropriate, information concerning my financials and/or professionals and/or personal status in addition to any information related to my driving history. I also confirm that any photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(k) Data Transfer: I hereby provide MetLife my unambiguous consent, to process, share, and transfer my Personal Data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to MetLife headquarters in the USA, its branches, affiliates, reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where we believe that the transfer or share, of such Personal Data, is necessary for: (i) the performance of this Policy; (ii) assisting MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife's 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 the Company complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data.

* Personal Data means all information related to me and/or my family members (whether marked "personal" or not) disclosed to MetLife by whatever means either directly or indirectly which concerns (including but not limited to) my medical conditions, treatments, prescriptions, business, operations, contact details, tax identification numbers/ social security number, account balances/activities or any transactions undertaken with MetLife.

(ب) أتفهم أن قبول أي وثيقة مصدرة بموجب هذا الطلب تعتبر مصادقة على ما جاء بها من تصحيحات أو تعديلات قامت بتلايف بإجرائها في القسم المعنون بـ "تظهير الشركة فقط".

(ج) أتفهم أنه لا يسمح إلا لموظف مخول من متلايف لـ (١) الوفاء بالعقود أو؛ (٢) التنازل عن أو تغيير أي شرط في الطلب، الوثيقة أو الاستلام؛ (٣) قبول أو النظر في إمكانية التأمين، وأن مثل هذا التنازل/التغيير سوف يكون سارياً فقط إذا تم إصدار تظهير به وأرفق نسخة منه بهذا الطلب.

(د) أتفهم بأن أي إقرار يصدر مني لأي وكيل أو طبيب شرعي لن يعتبر إقراراً صحيحاً ما لم يكن قد تم ذكره في هذا الطلب أو في تقرير الفحص الطبي.

(هـ) صيغت الإفادات المالية التالية بغرض توفير إمكانية التأمين المتعلقة بالطلب المعلق للتأمين على حياتي، و تقدم كإقرارات حقيقية ودقيقة حول وضعي المالي في تاريخ إصدار هذا البيان و يدعمها أدلة أقدمها تفيد ذلك. أعلم أن الإقرارات تشكل جزءاً من العقد و أن أي معلومات غير صحيحة أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية قد يبطل العقد.

(و) أفوض متلايف بالحصول من أي مصدر تراه مناسباً بما في ذلك أي بنك و / أو مؤسسة مالية على أي معلومات بشأن وضعي المالي والحسابات المصرفية الخاصة بي.

(ز) إنني أتفهم بشكل كامل فيما يتعلق بالمساهمة الأولى، بأن عدد وحدات الاستثمار وقيمتها المطابقة سوف يتم توزيعها في خلال ١٥ يوماً من تاريخ تسليم الوثيقة وتسلم قيمة المساهمة بالكامل على نحو صحيح والحصول على مخالصة من متلايف بذلك.

(ح) أتفهم أنه في حال إصدار وثيقة التأمين متضمنه شروط تغطية مختلفة أو كان سعر القسط مختلفاً عن شروط التغطية و/أو سعر القسط الوارد في الطلب المقدم من قبلي، فإنه يتم تعليق هذه الوثيقة إلى أن تتلقى متلايف موافقتي الخطية على شروط التغطية و/أو سعر القسط الجديد المقدم من قبل متلايف.

(ط) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع ضريبة الدخل و ذلك بالنيابة عني و/أو بالنيابة عن المستفيد/ المستفيدين و الناتجة عن الأرباح المحققة على الإستثمارات التابعة لإستراتيجيات الإستثمار المختارة. و أيضاً إقتطاع ضريبة الدخل على أية دفعات متوجهة لمالك الوثيقة و/أو لأي من المستفيد/ المستفيدين بموجب هذه الوثيقة.

(ي) بموجب هذا الطلب فإنني أعفي كل طبيب و/أو مستشفى و/أو عيادة و/أو مزود خدمات طبية و/أو أية شركة تأمين و/أو أية مؤسسة أخرى لديها بيانات شخصية* و/أو أية سجلات أو معلومات عني و/أو عن أفراد عائلتي الذين تم تقديم طلب تأمين عنهم (إن وجد) من واجب السرية المهنية و/أو واجب عدم الإفصاح التعاقدية، و أجزى لهؤلاء الأشخاص و/أو الهيئات الإفصاح لمتلايف عن أية معلومات متعلقة بي و/أو بأفراد عائلتي الذي تم تقديم طلب تأمين عنهم وكذلك تزويدهم بنسخ من البيانات الشخصية العائدة لي والتي تتضمن: أية معلومات متعلقة بصحتي أو صحة عائلتي و/ أو السجل الصحي الخاص بهم و / أو الإقامة في المستشفى و / أو استشارة طبية ، تشخيص ، علاج ، مرض و/أو علة. كما وأني أفوض متلايف بالحصول، من أي مصدر تراه مناسباً، على أية معلومة تتعلق بوضعي المالي و/أو المهني و/أو الشخصي ، بالإضافة إلى أية معلومات متعلقة بتاريخ قيادتي للمركبات. كما أنني أؤكد أيضاً على أن أي صورة ضوئية من التفويض المشار إليه أعلاه سيعمل بها كأنها نسخة مطابقة للأصل.

(ك) تحويل البيانات: أنا أقدم بهذا موافقتي الصريحة لتحويل معالجة ومشاركة بياناتي 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، شركاتها في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات حيث تعتقد متلايف بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات ضروري من أجل: (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها، (ج) تحسين تجربة العملاء لديها، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة للشركة. سوف تتأكد متلايف من أن هؤلاء المتلقين سيكون عليهم التزامات سرية كافية للمحافظة على و لضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فتؤكد متلايف التزامها بجميع القوانين المطبقة فيما يتعلق بمعالجة هذه البيانات الشخصية ومشاركتها ونقلها.

* البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي و/أو أفراد عائلتي سواء تم التأشير عليها بأنها "شخصية" أم لا، والتي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، حالاتي الطبية والعلاجات والوصفات الطبية، والأعمال التجارية، تفاصيل معلومات الاتصال، أرقام التعريف الخاصة بالضريبة و/أو أرقام الخاصة بالتأمينات الاجتماعية، وأرصدة الحسابات حركة الحساب، و/أو أي معاملات قمت أنا بها مع متلايف.

(l) 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.

(m) Electronic Communication:

- 1- Notifications: I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices electronically (including but not limited to short message services "SMS", emails and any other electronic means or methods of communications ("Notifications")). I accept receiving Notifications and understand that MetLife makes no warranty that the Notifications will be uninterrupted or error free and any such error or interruption shall not be deemed or treated in any way whatsoever to create any liability on MetLife and I acknowledge that I shall not file any complaint or claim against MetLife for any Notifications error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving the Notifications. MetLife is not responsible for non-receipt of Notifications due to invalidity of the addresses or other technical problems.
- 2- Sending and receiving the documents electronically: By providing my e-mail address and signing this application I agree to receive from MetLife the policy document, certificate and / or any other documents and to send to MetLife all types of documents and information related to the policy ("Documents") via electronic mail ("E-mail"). I am fully aware that having chosen this electronic means of sending or receiving information & Documents, it is my responsibility to ensure that the E-mail address I have provided in this application is correct at all times, and that it's 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.com/about/privacy and I will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife.

I understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of member's 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.

(n) I hereby declare that all statements and answers in this application together with those in any required medical examination, questionnaire or amendments are full, complete and true and bind all parties in interest under the policy herein applied for. Also, I understand that incorrect statements or answers, or failure to disclose any material fact, may invalidate the contract.

(ل) أقر وأنفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (٢) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً إسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (٣) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات.

كما أقر وأنفهم بأن الشركة لن تتحمل أي مسؤولية عن دفع قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية أو منفعة في حال أن دفع هذه المطالبة أو توفير هذه التغطية أو المنفعة يُعزض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين نافذة.

(م) وسائل التواصل الإلكتروني:

١. الاشعارات: أوافق على أن تقوم متلايف بإرسال الإخطارات والإشعارات إلكترونياً، متضمنة على سبيل المثال لا الحصر: خدمة الرسائل النصية القصيرة على الهاتف الخليوي، البريد الإلكتروني وأي وسائل أو طرق تواصل إلكتروني ("الاشعارات"). كما و أوافق على أن أتلقى الاشعارات وأنفهم بأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الاشعارات سيتم إرسالها دون إنقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو إنقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لنشوء أية مسؤولية على متلايف. وأنفهم بأنني لن أباهر بإقامة أي دعوى أو شكوى أو مطالبة ضد متلايف جراء وقوع أي خطأ أو إنقطاع في الاشعارات و/أو لأي سبب من الأسباب جراء لاستقبال أو عدم استقبال الاشعارات. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلام الاشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية أخطاء فنية.

٢. ارسال واستلام المستندات إلكترونياً: من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بي و توقيع هذا الطلب ، فإنني أوافق على استلام وثيقة التأمين، شهادة التأمين و / أو أي مستندات أخرى وأن أقوم بإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بوثيقة التأمين ("المستندات") إلى متلايف عن طريق البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). أنا أنفهم وعلى دراية كاملة بأنه لدى اختياري لاستلام أو إرسال المستندات من خلال البريد الإلكتروني، فإنني أكون مسؤولاً عن إبقاء عنوان بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب صحيحاً في جميع الأوقات، كما أكون مسؤول دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني الخاص بي أو توقفي عن استلام المستندات. أنا أوافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسله أو المستلمة من خلال بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب سوف يتم اعتبارها صحيحة وصادرة عني أو مستلمة من قبلي شخصياً. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلام البريد الإلكتروني لأسباب عدم صلاحية العنوان أو أية أخطاء مرتبطة بالبريد الإلكتروني الخاص بي. أنا أفهم بأنه من واجبي في حال رغبتني في تغيير عنوان بريدي الإلكتروني لدى متلايف، أو إذا كنت أرغب في الحصول على نسخة ورقية من المستندات، أو إذا كنت أعتقد بأنني لم أستلم المستندات الخاصة بي، أنفهم بأنه من واجبي إعلام متلايف فوراً بذلك.

أنا أقر وأوافق على أنه في حال رغبتني في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً، فإنه من واجبي تقديم مستند خطي يفيد برغبتني بإلغاء هذا التفويض.

من خلال التوقيع على هذا الطلب، أفهم و أوافق على أنه إذا كنت أرغب في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً فمن واجبي إبطل هذا التفويض بوثيقة مكتوبة أخرى من خلال التوقيع على هذا الطلب، و أعلن أنني قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام لمتلايف على www.metlife.com/about/privacy وسأراجع أي شروط استخدام مستقبلي أو بيان خصوصية لأي مقدمي الخدمات التي تستخدمها متلايف.

أفهم أنه على الرغم من أن متلايف تتخذ كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، متلايف لا يمكن أن تضمن سلامة المعلومات الخاصة بي.

أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بمتلايف وأقر بقبولي للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

(ن) أقر بأن جميع التصريحات والأجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أي استبيانات أو تعديلات هي كاملة وحقيقية وملزمة جميع الأطراف المعنيين في الوثيقة هنا والمقدم هذا الطلب لأجلهم أنا أفهم أن أية تصريحات أو إجابات غير صحيحة، أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية، قد يبطل العقد.

إسم الشخص المطلوب التأمين عليه
Name of Proposed Insured

الإسم الكامل بخط يده / يدها
Full Name in his / her own handwriting

X

التوقيع
Signature

إسم الشخص المؤمن عليه المشارك
Name of Joint Insured

الإسم الكامل بخط يده / يدها
Full Name in his / her own handwriting

X

التوقيع
Signature

إسم المالك (إذا كان غير الشخص
المطلوب التأمين عليه)
Name of Policy Owner (if
other than Proposed Insured)

الإسم الكامل بخط يده / يدها
Full Name in his / her own handwriting

X

التوقيع
Signature

وقعت في
Signed at

مدينة
City

بلد
Country

في
on this

D

D

من يوم
day of

M

M

٢٠

Y

Y

Witness /Representative**الشاهد / الممثل**

I certify that the information supplied by the Proposed Insured(s) / Policy
Owner has been truthfully and accurately recorded on this application.

أصرح بأن المعلومات المقدمة من قبل الشخص المطلوب التأمين عليه / المالك صحيحة
وكاملة ومسجلة بدقة في هذا الطلب.

إسم الشاهد

Name of Witness

D

D

M

M

Y

Y

Y

Y

التوقيع

Signature

X

MetLife, Inc. (NYSE: MET), through its subsidiaries and affiliates ("MetLife"), is one of the world's leading financial services companies, providing insurance, annuities, employee benefits and asset management to help its individual and institutional customers navigate their changing world.

Founded in 1868, MetLife has operations in more than 40 countries and holds leading market positions in the United States, Japan, Latin America, Asia, Europe and the Middle East. For more information, visit www.metlife.com.

MetLife is a pioneer of life insurance with a presence of nearly 65 years in the Gulf. Through its branches, MetLife offers life, accident and health insurance along with retirement and savings products to individuals and corporations.

For more information, visit www.metlife-gulf.com.

American Life Insurance Company – Registered in the U.A.E. and licensed by the UAE Central Bank-The Insurance Sector (Registration No. 34) and Licensed by Department of Economic Development...

شركة متلايف إنك (رمزها MET في بورصة نيويورك) من خلال فروعها والشركات التابعة لها ("متلايف")، هي شركة رائدة عالمياً في مجال التأمين على الحياة ودفعات الراتب السنوي والتأمين الجماعي للموظفين وإدارة الأصول، و تساعد عملائها من الأفراد والشركات على المضي في دروب حياتهم المتغيرة.

تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، ولها عمليات في أكثر من ٤٠ بلداً وتنبوأ متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة www.metlife.com

متلايف هي شركة رائدة في مجال التأمين على الحياة موجودة في منطقة الخليج منذ قرابة ٦٥ عاماً. ومن خلال الفروع التابعة لها، تقدم شركة متلايف تأمين على الحياة، الحوادث وتأمين صحي، بالإضافة الى برامج وخدمات التقاعد والادخار للأفراد والشركات.

لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة: www.metlife-gulf.com

أمريكان لايف انشورنس كومباني - مسجلة في الإمارات العربية المتحدة. ومرخصة من من قبل البنك المركزي الإماراتي - قطاع التأمين (تسجيل رقم ٣٤) ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية