

بناء الثروة العالمي International Wealth Builder



IFA Application Form نموذج طلب تأمين المستشار المالي المستقل

رقم الوثيقة
Policy No.

IFA Name

اسم المستشار المالي
المستقل

رمز العميل
Agent Code

Financial Advisor Name

اسم المستشار المالي

▶ All sections in the form are required to be completed

◀ يجب ملء جميع الأقسام في النموذج

▶ Please use block capital letters to fill in the form

◀ الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح

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

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

الإسم الأول
First Name

الإسم الأوسط
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 القربى 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 / طالب / معال Unemployed/Student/Dependent

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 ٣ سنوات بالدولار الأمريكي

السنة الحالية
Current Year

السنة الماضية
Last Year

السنة ما قبلها
The Year Before

مصادر الدخل (إن وجد)
Other sources of Income (if any) Source

الدخل السنوي
Annual Income

Personal Banking Details المراجيع المصرفية الشخصية

إسم البنك
Name of Bank

العنوان
Address

Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة
Country

المدينة/الإمارة
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/الإمارة
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

2. Applicant / Policy Owner details

(If other than Proposed Insured - as shown in the identification document)

٢. 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"/>
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 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/Student/Dependent				
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 المراجعية 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	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<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	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<input type="text"/>	الهاتف المتحرك Mobile	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<input type="text"/>

3. Send correspondence to

٣. إرسال المراسلات إلى

<input type="checkbox"/> عنوان الإقامة Residence	<input type="checkbox"/> عنوان العمل Work	<input type="checkbox"/> آخر Other	يرجى الشرح إذا اخترت آخر If Other, please provide	<input type="text"/>
-----------------------------------------------------	----------------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------------------------	----------------------

Assets (at market value) (بالقيمة السوقية) الأصول

النقدية بالمصارف Cash in Bank(s)	\$
الأسهم والسندات Shares & Bonds	\$
ممتلكات شخصية (سيارات، أثاث، مجوهرات و غيرها) Personal Property (auto, furniture, jewelry, etc..)	\$
أصول أخرى (يرجى ذكرها) Other Assets (Please define)	\$
الإجمالي Total	\$

Liabilities الديون

أوراق دفع / قروض مستحقة للبنوك Notes / Loans Payable to Banks	\$
أوراق دفع / قروض مستحقة للغير Notes / Loans Payable to Others	\$
رهون أو حجوزات على العقارات Mortgages or Liens on Real Estate	\$
ضرائب و فوائد مستحقة Taxes and Interest Due	\$
قروض للتأمين على الحياة Loans of Life Insurance	\$
ديون أخرى (يرجى ذكرها) Other Liabilities (please define)	\$
الإجمالي Total	\$

5. Personal / Business Banking References

٥. المراجع المصرفية الشخصية / التجارية

البنك Bank العنوان Address

البنك Bank العنوان Address

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

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

٦. هل توجد دعاوى قضائية أو أحكام معلقة ضدك في هذا الوقت؟

نعم
YES

لا
NO

If 'yes', please provide complete details

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إعطاء التفاصيل الكاملة

7. Payment and plan Information

٧. طرق الدفع والمعلومات المتعلقة بالبرنامج

Contribution Plan

خطة المساهمة

1. Premium Payment Term		١. فترة سداد الأقساط
2. Currency	<input checked="" type="checkbox"/> USD	٢. العملة <input checked="" type="checkbox"/> دولار أمريكي
3. Basic Plan Premium		٣. القسط الأساسي للبرنامج
4. Rider(s), Premium, if any		٤. قسط الملاحق الإضافية، إن وجدت
Total planned Premium (3+4)		مجموع الأقساط المخطط دفعها (٣+٤)
Mode of Payment	<input type="checkbox"/> شهري Monthly	<input type="checkbox"/> ربع سنوي Quarterly
	<input type="checkbox"/> نصف سنوي Semi-annual	<input type="checkbox"/> سنوي Annual

Details of Payment:

تفاصيل الدفع:

هل يقوم مالك الوثيقة بإجراء الدفعات من حساب البنك الخاص به؟

نعم
YES

لا
NO

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 بنعم، يرجى المتابعة لاستكمال التفاصيل التالية:

Bank Name		إسم البنك
Bank branch and address		فرع البنك و العنوان
Country		البلد
Accountholder's Name		إسم صاحب الحساب
Account number		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

8. Additional Optional Insurance Benefits Applied For

٨. عقود التأمين الإضافية الإختيارية المقدم عليها

<input type="checkbox"/> ADB	منفعة الوفاة نتيجة حادث Accidental Death Benefit	مبلغ التغطية Coverage Amount
<input type="checkbox"/> WP	<input type="checkbox"/> العجز Disability <input type="checkbox"/> الوفاة (مطبقة فقط في حال كان مالك الوثيقة غير الشخص المطلوب التأمين عليه) Death (Applicable only if the Owner is other than the Proposed Insured)	
<input type="checkbox"/> CI	الحماية الفائقة Critical Care	مبلغ التغطية Coverage Amount
<input type="checkbox"/> PTD	العجز الكلي و الدائم Permanent and Total Disability	مبلغ التغطية Coverage Amount

9. Beneficiaries for Proposed Insured

٩. المستفيدين للشخص المطلوب التأمين عليه

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	
				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 الاتصال به في حال كان المستفيد المعين مذكوراً وفقاً للملاحظات أدناه *Contact Person name in case the appointed beneficiary is as per below notes	*عنوان البريد الإلكتروني *Email Address	*تفاصيل الإتصال *Contact Details

ملاحظة: يجب أن تكون نسب التوزيع في أي من حسابات الإستثمار الفرعية إما مساوية لصفر أو من مضاعفات النسبة ١٠٪. وستعتبر المربعات الفارغة وغير 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	Allocation	التوزيع
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
يرجى التأكد من أن إجمالي المخصصات تساوي ١٠٠٪ Please ensure that the total allocation is equal to 100%					TOTAL 100%	الإجمالي ١٠٠٪

* Please refer to disclaimer for beneficiary designation.

* يرجى الرجوع إلى إبراء المسؤولية لتعيين المستفيدين.

* **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)

* **الملاحظات**: إذا تم تعيين القاصرين كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للوصي القانوني (غير مالك الوثيقة والمؤمن عليه)

* 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

* في حالة ذكر الورثة الشرعيين أو قانون الشريعة أو التركة كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للشخص المسؤول عن الاتصال به.

11. Does the Proposed Insured and / or Policy Owner have any existing insurance?

نعم
YES

لا
NO

11. هل يوجد لدى الشخص المطلوب التأمين عليه و / أو مالك الوثيقة أية وثائق تأمين أخرى؟

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

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

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

12. General Questions

12. التصريحات العامة

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

(تنطبق على الشخص المطلوب التأمين عليه/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

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

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

2. 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 الإجابة 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، سبب الزيارة، المدة وتفاصيل كل رحلة في الجدول المبين أدناه.

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

13 . Health Details (Questions pertain to the Proposed 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.*

NOTE: This section has to be filled out if applying for any of the optional benefits under section 8.

١٣. التصريحات الطبية (تشمل التصريحات الشخص المطلوب التأمين عليه و / أو مالك الوثيقة في هذا الطلب، الرجاء إعطاء إجابات كاملة و دقيقة بغض النظر عن أهمية السؤال) إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه* ملاحظة: يجب ملء هذا القسم عند التقدم بطلب لأي من الفوائد الاختيارية بموجب القسم ٨.

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

State "Not Applicable" if none. If "Yes", please provide details on the table below:

نعم لا
YES NO

(أ) هل لديك طبيب شخصي أو طبيب العائلة؟ أذكر "غير قابل للتطبيق" إذا كان لا يوجد. 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	سبب الإستشارة Reason / Symptoms
الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured				
مالك الوثيقة Policy Owner				

(b)

الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	الطول(سم) Height(cm)	الوزن(كغ) Weight(kg)	مالك الوثيقة Policy Owner	الطول(سم) Height(cm)	الوزن(كغ) Weight(kg)

(ب)

(c) Smoker's details

(ج) تفاصيل عن الشخص المدخن

	الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	المالك Owner	النوع Type	الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	المالك Owner
هل دخنت أي نوع من أنواع التبغ، السجائر، الغليون، 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		إذا نعم If Yes		
	لا No		الكمية في اليوم الواحد Quantity per day		

(د) هل سبق أن طلبت إستشارة طبية أو تم تشخيصك أو تعالجت لأي من الأمراض التالية

(d) Have you ever had indication of, diagnosis of, treatment or surgery for:

نعم لا
YES NO

- أ. حمى الروماتيزم، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع الكوليسترول في الدم، لغط، جلطة دماغية، ألم في الصدر، أمراض القلب و الشرايين و الأوعية الدموية؟
a. Rheumatic fever, high blood pressure, elevated cholesterol, murmur, stroke, chest pain, heart attack, or any disorder of heart, blood or blood vessels?
- ب. السرطان، التقرحات الرخوة أو ورم؟
b. Any form of cancer, tumor, or cyst?
- ج. السكري، ارتفاع نسبة السكر في الدم أو الغدة الدرقية، اضطراب كلوي أو أي اضطراب في الغدد الصماء؟
c. Diabetes, high blood sugar, thyroid, renal disorder or any endocrine disorder?
- د. التهاب الكبد البوابي أو أية مضاعفات في الكبد، البنكرياس، المرارة، المعدة أو الجهاز الهضمي؟
d. Hepatitis or any other liver, pancreas, gallbladder, stomach, or intestinal disorder?
- هـ. الصرع، شلل، أو أية علة عصبية؟
e. Epilepsy, paralysis, or any other nervous disorder?
- و. الربو، أو أية اضطرابات تتعلق بالجهاز التنفسي أو الرئوي؟
f. Asthma, Respiratory, or lung disease?
- ز. أمراض عقلية أو اضطرابات نفسية بما في ذلك القلق والإكتئاب؟
g. Mental or psychiatric illness including anxiety and depression?
- ح. أي مرض أو خلل في العضلات، العمود الفقري، المفاصل و الأطراف بما فيه فقدان الحواس أو عدم التوازن؟
h. Any disease or disorder of the muscles, spine, joints, and limbs including loss of feeling or tremor?
- ط. أي مرض، خلل في النظر، النطق أو السمع؟
i. Any disorder of sight, speech, or hearing?

لا نعم
NO YES

ي. أية أمراض وراثية أو خلقية؟

j. Any hereditary or congenital condition?

ك. أية حالات مزمنة، علة أو أية إصابة لم يتم ذكرها أعلاه؟

k. Any chronic condition, infirmity, or injury not mentioned above?

(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؟

(e) Have you had any medical or surgical treatment, or investigative medical tests or hospitalizations or have you been advised to undergo any diagnostic tests, hospitalization or surgery which was not done, and which was not already disclosed above?

*If you (pertains to the Proposed 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 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

لا نعم
NO YES

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

Has any member of your immediate family ever suffered or died from any of the conditions stated above?

If "Yes", please state details on the table below:

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 Declarations (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.

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

If a 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 TINs to its residents

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

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).

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

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيماً لأغراض ضريبية في أكثر من ثلاث دول يُرجى تعبئة ورقة منفصلة.

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

السبب أ

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

السبب ب

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

السبب ج

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

I understand that the information supplied by me is covered by the full provisions of the terms and conditions governing the Account Holder's relationship with MetLife setting out how MetLife may use and share the information supplied by me.

I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the Account Holder and any Reportable Account(s) may be reported to the tax authorities of the country/jurisdiction in which this account(s) is/are maintained and exchanged with tax authorities of another country/jurisdiction or countries/jurisdictions in which the Account Holder may be tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

I certify that I am the Account Holder (or am authorized to sign for the Account Holder) of all the account(s) to which this form relates.

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

كما أقر بأنه ربما يتم تقديم المعلومات المضمنة في هذا النموذج وكذلك المعلومات التي تخص صاحب الحساب وأي حساب/حسابات يمكن الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد 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.

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

بلد الإقامة الضريبية Country/Jurisdiction of tax residence	رقم التعريف الضريبي TIN Tax Identification number	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 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.

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

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

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):

(select the answer that applies)

هم
Are

ليسوا
Are Not

من حاملي الجنسية الأمريكية و ذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية^(*)
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.

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:

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%.

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 و المستفيدين:

(حدد الإجابة التي تنطبق)

ووافق مقدم الطلب على إبلاغ الشركة 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.

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

إذا كنت من حاملي الجنسية الأمريكية، املئ التفاصيل أدناه:

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، لإعبارات ضريبة الدخل المشار إليها أعلاه ولم تتم 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. يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية وأي صندوق إنتماني 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.

يحق لك الحصول على فترة مراجعة 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 للأقساط بدون فوائد وان المبلغ المسترد قد يكون:

During this freelook 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.

(١) أقل من القسط المدفوع اذا انخفضت قيمة الحسابات الإستثمارية المختارة نتيجة لتقلبات السوق السلبية.

(٢) أكثر من القسط المدفوع اذا ارتفعت قيمة الحسابات الإستثمارية المختارة نتيجة لتقلبات السوق الإيجابية.

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.

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.

تطبيق 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 المضمن من الإستثمار). البنك غير مسؤول عن الإجراءات التي تقوم بها متلايف أو القرارات التي تتخذها بموجب عقد الوثيقة، كما أن البنك غير مسؤول عن سداد أية مطالبات أو خدمات بموجب عقد الوثيقة الصادر عن متلايف.

"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."

"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:

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

- 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;

(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، ما لم نستلم توجيهات خطية منك بخلاف ذلك.

- 2) in case you designate only one beneficiary, and this beneficiary dies before the insured, we will pay the insurance proceeds to the insured's estate.

(٢) في حال تعيينك لمستفيد واحد و وفاة هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين الى ورتة المؤمن عليه.

- 3) in case you did not designate any beneficiary, we will pay the insurance proceeds to the insured's estate. The right to appoint/voke/change the beneficiary(ies) is reserved to the applicant/policyholder (as the case may be).

(٣) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين الى ورتة المؤمن عليه. إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في مقدم الطلب/حامل وثيقة التأمين (بحسب ما ينطبق) فترة سريان الوثيقة.

- (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.
- (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 accounts.
- (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's 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.
- (أ) أصرح على عدم إبرام عقد تأميني إلا بعد إصدار وثيقة التأمين وتسليمها بناءً على هذا الطلب والسداد الفعلي للمساهمة الأولى فيها بالكامل، شريطة عدم حدوث أي تغيير في أهلية الشخص / الأشخاص المطلوب التأمين عليه / عليهم 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 الكاملة المرفقة بها، إذا قامت متلايف بإصدارها ومتى قامت بهذا الإصدار وفقاً للطلب المقدم من قبلي.
- (ب) أصرح على عدم إبرام عقد تأميني إلا بعد إصدار وثيقة التأمين وتسليمها بناءً على هذا الطلب والسداد الفعلي للمساهمة الأولى فيها بالكامل، شريطة عدم حدوث أي تغيير في أهلية الشخص / الأشخاص المطلوب التأمين عليه / عليهم للتأمين عن وقت ملء الطلب.
- (ج) أتفهم أنه لا يسمح إلا لموظف مخول من متلايف (١ : الوفاء بالعقود أو ٢) المنازل 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 إصدار تظير به وأرفق نسخة منه بهذا الطلب.
- (د) أتفهم بأن أي إقرار يصدر مني لأي وكيل أو طبيب شرعي لن يعتبر أقراراً صحيحاً مالم يكن قد تم ذكره في هذا الطلب أو في تقرير الفحص الطبي.
- (هـ) صيغت الإقرارات المالية التالية بغرض توفير إمكانية التأمين المتعلقة بالطلب المقدم للتأمين على حياتي، و تقدم كإقرارات حقيقية و دقيقة حول وضعي المالي في تاريخ إصدار هذا البيان و يدعمها أدلة أقوم بتقديمها 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 أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف) بالحصول من أي مصدر تراه مناسباً بما في ذلك أي بنك و / أو مؤسسة مالية على أي معلومات بشأن وضعي المالي و الحسابات 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 وتسليم 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.

(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 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.

(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.

(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، وأجيز لهؤلاء الأشخاص و/أو الهيئات الإفصاح لتلايف 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 لتلايف 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، شركائها في الأعمال، المستشارين ومزودي الخدمات حيث تعتقد متلايف بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات ضروري من أجل: (1) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (2) مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها، (3) تحسين تجربة العملاء لديها، (4) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (5) 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 ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فتؤكد متلايف التزامها بجمع 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 لتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، بصحتي، العلاجات و الوصفات الطبية، والأعمال التجارية، تفاصيل معلومات الاتصال، أرقام التعريف الخاصة بالضرية و/أو أرقام الخاصة بالتأمينات الاجتماعية، وأرصدة الحسابات حركة الحساب، و/أو أي معاملات قمت أنا بها مع متلايف أقر وأفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (1) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (2) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (3) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات. كما أقر وأفهم 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 يُعرض 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 وأية وسائل أو طرق تواصل إلكتروني ("الاشعارات"). كما و أوافق على أن أتلقى الاشعارات وأفهم 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. وأتعهد بأنني لن أباشر 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 استلامي للاشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية أخطاء فنية.

2- Sending and receiving the documents electronically: By providing my e-mail address and signing this application I agree to receive from MetLife the policy document, certificate and / or any other documents and to send to MetLife all types of documents and information related to the policy ("Documents") via electronic mail ("E-mail"). I am fully aware that having chosen this electronic means of sending or receiving information & Documents, it is my responsibility to ensure that the E-mail address I have provided us in this application is correct at all times, and that it my responsibility to inform MetLife immediately should my E-mail address change or should I cease to receive the Documents. I agree that all information & Documents sent to or received from my E-mail address as stated in this application will be considered valid and originated from me or sent to me personally. MetLife is not responsible for non-receipt of E-mails due to invalid E-mail addresses or other technical problems related to my E-mail service.

I acknowledge that if I opt to change my E-mail address with MetLife, or if I would like to receive a paper copy of the Documents, or if I believe that I have not received my Documents, I will notify MetLife immediately.

By signing this application, I understand and agree that if I wish to discontinue receiving Documents electronically it is my obligation to revoke this authorization by another written document. By signing this application also, I declare that I have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on www.metlife.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 members' information, MetLife cannot guarantee safety of my information.

I consent to provide my E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

- (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.

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 أتفهم 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 المستلمه 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 استلامي للبريد 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, أتفهم بأنه من واجبي إعلام متلايف فوراً بذلك.

من خلال التوقيع على هذا الطلب, أفهم و أوافق على أنه إذا كنت أرغب في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً فمن واجبي إبطال 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 لينتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بمتلايف وأقر بقبولي للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

(ن) أقر بأن جميع التصريحات و الأجوبة 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. أيضاً أنا أفهم أن أية بيانات أو إجابات غير صحيحة , أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية, قد يبطل العقد.

Signatures

التواقيع

إسم الشخص المطلوب التأمين عليه
Name of Proposed Insured

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

التوقيع
Signature

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

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

التوقيع
Signature

وقعت في
Signed at

مدينة
City

بلد
Country

في
on this

من يوم
day of

٢٠
20

Witness / Representative

الشاهد / ممثل البنك

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 و مسجلة بدقة في هذا الطلب

إسم الشاهد
Name of Witness

DDMMYYYY

التوقيع
Signature

تفويض بدفع أقساط التأمين إلى شركة متلايف من خلال بطاقة الائتمان



Authorization for payment of insurance premiums to MetLife through credit card

Application No.

Credit card payment is only available for visa credit or master credit cards. It can only be used by Policy Owners using their own credit cards. Please complete the personal details section and the credit card payment section below.

تتوافر خاصية الدفع عن طريق بطاقة الائتمان فقط لبطاقات فيزا كارد أو ماستر كارد. ويمكن أن تستخدم فقط من قبل مالكي الوثيقة الذين يستخدمون بطاقات الائتمان. يرجى تعبئة قسم البيانات الشخصية وقسم الدفع ببطاقة الائتمان أدناه.

أ. الإقرارات

- I hereby agree to effect the payment of premiums in relation to the Insurance Policies with MetLife ("the Policy") and authorize MetLife to debit my credit card whose details with the amount of premiums are shown below.
- I also hereby authorize MetLife to continue debiting my credit card with the amounts of the subsequent premiums as applicable for the duration of the Policy, subject to the terms and conditions of the Policy.
- I understand and agree that coverage under the Policy will begin and continue only after debiting my credit card with the amount of the due premium as applicable.
- I understand and agree that in the event my credit card expires or is not renewed for any reason, or in case of unavailability of sufficient funds, whatsoever, I shall effect the payment of all due premiums related to the Policy through any of the mode of payments prevailing and made available by MetLife. Failing to pay the due premiums on time, shall lead to lapsation of my policy, subject to the terms and condition of the policy.
- I understand and agree that in the event of renewal of my credit card, I shall present a new authorization form to effect the payment of my subsequent premiums for the duration of the policy, and shall continue to be valid unless cancelled by myself in writing.
- I hereby understand that MetLife will debit my bank card for the applicable premium in accordance with the policy currency. I am aware that the card issuer bank may apply rates and charges as per the bank's own currency conversion rates.

- أوافق بموجبي على تنفيذ دفع الأقساط فيما يتعلق بوثائق التأمين لدى شركة متلايف ("الوثيقة") وتفويض متلايف من بطاقة الائتمان الخاصة بي بمبلغ الأقساط المبين أدناه.
- أفوض بموجبي شركة متلايف للاستمرار في خصم من بطاقة الائتمان الخاصة بي بمبلغ الأقساط اللاحقة حسبما ينطبق طوال مدة الوثيقة مع مراعاة عدم الإخلال بشروط وأحكام الوثيقة.
- أفهم وأوافق على أن التغطية بموجب الوثيقة سوف تبدأ وتستمر فقط بعد خصم مبلغ القسط المستحق من بطاقتي الائتمانية حسبما ينطبق.
- أفهم وأوافق على أنه في حال انتهت بطاقتي الائتمانية أو لم يتم تجديدها لأي سبب أو في حالة عدم توافر الأموال الكافية، أيا كان، التزم بتنفيذ دفعات كافة الأقساط المستحقة التي تتعلق بالوثيقة.
- خلال أي من وسائل الدفع المنتشرة والمتوافرة لدى شركة متلايف، وفي حالة عدم الالتزام بدفع الأقساط المستحقة في الموعد المحدد، يؤدي ذلك إلى إلغاء وثيقتي مع مراعاة عدم الإخلال بالشروط والأحكام الواردة في الوثيقة.
- أفهم وأوافق على أنه في حالة تجديد بطاقتي الائتمانية، التزم بتقديم نموذج تفويض جديد لتنفيذ دفع أقساطي اللاحقة طوال مدة الوثيقة ويستمر سريان ذلك ما لم يتم إلغاؤه خطياً بواسطة.
- أنا أتفهم بموجب هذا أن متلايف ستخصم من بطاقتي المصرفية القسط المناسب وفقاً لعملة الوثيقة. أنا على علم بأنه من الممكن للبنك الذي أصدر البطاقة تطبيق الأسعار والرسوم وفقاً لمعدلات تحويل العملات الخاصة بالبنك.

ب. Personal details (Policy Owner)

ب. البيانات الشخصية (مالك الوثيقة)

رقم الوثيقة Policy no.

الإسم الكامل لمالك الوثيقة Policy Owner Full Name

ج. Authorization for credit card payment (Only Bank Issued Non Prepaid Credit Card Allowed)

I, the undersigned, based on the declarations stated above hereby provide my consent and confirm my authorization to American Life Insurance Company (MetLife), to debit my credit card with the amount as detailed below for the above mentioned application:

رقم بطاقة الائتمان ماستر كارد/فيزا Master/Visa Credit card number

تاريخ انتهاء الصلاحية Credit card expiry date

إسم جهة إصدار البطاقة Name of card issuer bank

الإسم الكامل (كما هو مبين على البطاقة) Full name (as quoted on the card)

د. طريقة الدفع d. Mode of Payment	دفعه منفردة Single payment يرجى خصم من بطاقتي الائتمانية كما هو مبين أدناه please debit my credit card as detailed below	دفعه متكررة Recurrent payment يرجى خصم من بطاقتي الائتمانية كما هو مبين أدناه please debit my credit card as detailed below
العملة Policy currency <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> AED		
المبلغ بالأرقام Amount in figures		
المبلغ بالحروف Amount in words		
تاريخ البدء Starting date		سيتم خصم القسط من بطاقتي الائتمانية حسب تاريخ استحقاق الوثيقة. The premium will be debited from your credit card as per the policy due date.
التكرار Frequency	غير منطبق Not applicable	ربع سنوي Quarterly <input type="checkbox"/> شهرية Monthly <input type="checkbox"/> سنتي Annual <input type="checkbox"/> نصف سنوي Semi-Annual <input type="checkbox"/>
عدد الأقساط Number of installments	غير منطبق Not applicable	مفتوح Open ended

- I hereby declare to American Life Insurance Company (MetLife) after entering my credit card data and numbers on its internal systems to obliterate/mask some of the card numbers described above of this authorization in order to protect the data without the need for me to sign on this authorization after the obliteration and without detracting or affecting the legal power of any delegation has been given to the company under this authorization.
- I hereby agree and confirm that this authorization form in favor of American Life Insurance Company (MetLife) will remain in force until such time I cancel or amend in writing.
- I hereby understand that MetLife will only process the application after the authorization of my credit card payment is granted.
- I understand that this form shall not be treated as a payment receipt.
- I understand and agree that it is my responsibility to obtain and retain a copy of this authorization and any premium payment receipt for future reference.
- 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.

Full name of the Owner/Cardholder's / الاسم الكامل لمالك / حامل البطاقة

Signature / التوقيع

Date / التاريخ

Telephone / Country Code - Area Code

E-mail

- I have verified the original credit/debit card produced by the Policy Owner and confirm that the information contained in the above credit/debit card authorization is in agreement with his/her credit/debit card. I also confirm that the Policy Owner or Payer (if an already appointed Third Party Payer) and the credit/debit card holder are the same and also agreed the signature as per above authorization with the signature as per credit/debit card.
- لقد تحققت من بطاقة الائتمان الأصلية الخاصة بمالك الوثيقة وأؤكد أن المعلومات الواردة اعلاه في التفويض بالخصم تتفق مع بطاقة الائتمان الخاصة به/بها. كما أؤكد أيضاً أن مالك الوثيقة أو دافعيها إذا كانت هناك موافقة على أن يكون الطرف الثالث دافعا معتمدا لدى الشركة (وحامل بطاقة الائتمان هما نفس الشخص وأؤكد أيضاً أن التوقيع على التفويض بالخصم اعلاه مطابق للتوقيع على بطاقة الائتمان نفسها).

Signature / التوقيع

Date / التاريخ

Name of Agent / إسم الوكيل

Agent's signature / توقيع الوكيل

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، وتساعد عملاءها من الأفراد والشركات على المضي في دروب حياتهم المتغيرة.

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

متلايف هي شركة تأمين رائدة في مجال التأمين على الحياة موجودة في منطقة الخليج منذ قرابة ٦٥ عامًا. ومن خلال الفروع التابعة لها، تقدم شركة متلايف تأمين على الحياة والحوادث وتأمين صحي، بالإضافة إلى 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 قبل البنك المركزي الإماراتي - قطاع التأمين (تسجيل رقم ٣٤) ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية