

# المستثمر المميز Investor Advantage



IFA Application Form نموذج طلب المستشار المالي المستقل

رقم الوثيقة  
Policy No.

رمز العميل  
Agent Code

إسم المستشار المالي المستقل  
IFA Name

إسم المستشار المالي  
Financial Advisor Name

▶ 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 كقيم 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 3 سنوات بالدولار الأمريكي

السنة الحالية  
Current Year

السنة الماضية  
Last Year

السنة ما قبلها  
The Year Before

مصدر الدخل  
Source

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

الدخل السنوي  
Annual Income

### 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

## 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  إسم الوالد Middle Name  الشهرة Last Name

الجنس Gender  ذكر Male  أنثى Female الحالة الاجتماعية 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)

### Residency\* الإقامة\*

1)  2)  3)

\*\*الإقامة\*\* هي أي مكان قد يلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كقيم 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 الأخرى (إن وجد) Other sources of Income (if any) Source  الدخل السنوي Annual Income

### 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  رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code -

## 3. Send correspondence to

٣. إرسال المراسلات إلى

مكان الإقامة Residence  مكان العمل Work  آخر Other  يرجى الشرح إذا اخترت آخر If Other, please provide

## Assets (at market value) (بالقيمة السوقية) الأصول

## 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 و غيرها) 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 وفوائد مستحقة Taxes and Interest Due	\$
<b>الإجمالي Total</b>	\$	قروض للتأمين على الحياة Loans of Life Insurance	\$
		ديون أخرى (يرجى ذكرها) Other Liabilities (please define)	\$
		<b>الإجمالي Total</b>	\$

## 5. Personal / Business Banking References

## ٥. 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?	<input type="checkbox"/> نعم YES	<input type="checkbox"/> لا NO	هل توافق بالرجوع إلى تلك البنوك إذا لزم الأمر، بغرض تقييم طلبكم؟
If 'no', please explain	<input type="text"/>		إذا كانت الإجابة 'لا'، يرجى التوضيح

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

نعم  
YES

لا  
NO

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

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	<input type="text"/>	١. فترة سداد الأقساط	
2. Basic Planned Premium	<input type="text"/>	٢. القسط الأساسي المخطط دفعه	
3. Mode of Payment	<input type="checkbox"/> شهري Monthly	<input type="checkbox"/> سنوي Annual	٣. طريقة الدفع

## Details of Payment:

## تفاصيل الدفع:

Is the Policy Owner making the payments from their own own bank account?  نعم YES  لا NO 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، حيفما ينطبق، بشكل منفصل.

If Yes, please complete the below details: إذا كانت الإجابة نعم، يرجى المتابعة لاستكمال التفاصيل التالية:



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	الأسم 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%					<b>TOTAL 100%</b>	الإجمالي ١٠٠%

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

نعم  
YES

لا  
NO

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

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

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

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

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

CRS إعلان ( 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:

يرجى 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 يرجى تعبئة ورقة منفصلة.

إذا كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر يرجى 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

**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)

**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 (يرجى 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).

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.			
4.			

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 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.

I certify that I am the Account Holder (or am authorized to sign for the Account Holder) of all the accounts 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 مُخوّل بالتوقيع نيابة عن صاحب الحساب) فيما يخص جميع الحسابات/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.

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 الفعّز 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 التصريح 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**  هم ليسو **Are Not**

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

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:

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

(حدد الإجابة التي تنطبق)

ووافق مقدم الطلب على إبلاغ الشركة / البنك المعني بهم 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 خاطئ لشخص أمريكي الجنسية حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي إلى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية.

إذا كنت من حاملي الجنسية الأمريكية، إملئ 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%.
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.

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.
٢. لأغراض هذا التصريح، يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية أو أي صندوق إنتمائي 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 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.

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 للأقساط بدون فوائد وان المبلغ المسترد قد يكون:

- (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.

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."

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 المضمون 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.

"من المتفق عليه والمفهوم أن هذه الوثيقة مبيعة وفقاً لقوانين دولة الإصدار. يتعين على صاحب الوثيقة مشاوره الاستشاري المهني الخاص به/بها فيما يتعلق بالمطالبات 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.**

ملحوظة مهمة: 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:** مالم 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;
- 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.
- 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 may be)."
- 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.
- ٢) في حال تعيينك لمستفيد واحد ووفاء هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين إلى وريثة المؤمن عليه.
- ٣) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين إلى وريثة المؤمن عليه. إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في مقدم الطلب/حامل وثيقة 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:
- (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 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:
- 1 By Courier or registered mail to the correspondence address I opt for in my application form.
- ١- عن طريق أحد مندوبي التوصيل أو بالبريد المسجل إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
- 2 By Authorized Representative to the correspondence address I opt for in my application form.
- ٢- من خلال ممثل مفوض إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
- 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.
- 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 المكملة 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".
- (ب) أتفهم أن قبول أي بوليصة مصدرة بموجب هذا الطلب تعتبر مصادقة على ما جاء بها من تصحيحات أو تعديلات قامت متلايف بإجرائها في القسم المعنون بـ "تظهير الشركة فقط".
- (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.
- (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.
- (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.
- (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.
- (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.
- (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.
- (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.
- (و) أفاض 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.
- (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.
- (ذ) 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.
- (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.
- (ح) أتفهم أنه في حال إصدار وثيقة التأمين متضمنه شروط تغطية مختلفة أو كان سعر القسط مختلفاً عن شروط التغطية وأو سعر القسط الوارد في الطلب المقدم من قبلي، فإنه يتم تعليق هذه الوثيقة إلى أن تتلقى متلايف موافقتي الخطية على شروط التغطية وأو سعر القسط الجديد المقدم من قبل متلايف.



- (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 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.
- (ط) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام باقتطاع ضريبة الدخل وذلك بالنسبة عني و/أو بالنسبة عن المستفيد/ المستفيدين والناجئة عن الأرباح المحققة على الإستثمارات التابعة لإستراتيجيات الإستثمار المختارة. وأيضاً 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 التعاقدى، وأجيز لهؤلاء الاشخاص 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 الى 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 الى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، شركائها الشقيقة ، شركات إعادة التأمين، شركائها 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 ألا، والتي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، على، حالاتي الطبية، العلاجات 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
- (ل) أقر وأتفهم 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 لوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً إسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بـمكتب 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 وأتفهم 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 وأوافق على أن أتلقى الإشعارات وأتفهم بأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الإشعارات 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 أبأشر بإقامة أي دعوى أو شكوى أو مطالبة ضد متلايف جراء وقوع أي خطأ أو إنقطاع في الإشعارات و/أو لأي سبب من الأسباب جراء لاستقبال أو عدم استقبال الإشعارات. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلام الإشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية أخطاء فنية.



# 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)

### ج. تحويل الدفع ببطاقة الائتمان (يسمح فقط ببطاقة الائتمان غير المدفوعة مقدماً الصادرة عن البنك)

رقم الوثيقة Policy no.

الإسم الكامل لمالك الوثيقة Policy Owner Full Name

### د. طريقة الدفع

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

تاريخ انتهاء الصلاحية Credit card expiry date

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

إسم جهة إصدار البطاقة Name of card issuer bank

الإسم الكامل (كما هو مبين على البطاقة) Full name

أنا، الموقع أدناه بناءً على الإقرارات المبينة أعلاه، أقدم موافقتي وأؤكد على تفويض الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) بالخصم من بطاقتي الائتمانية للمبالغ المبيّنة تفصيلاً أدناه للطلب المذكور أعلاه.

### د. Mode of Payment

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	التكرار Frequency	عدد الأقساط Number of installments
<input type="checkbox"/> Single payment دفعه منفردة	<input type="checkbox"/> Recurrent payment دفعة متكررة	<input type="checkbox"/> Recurrent payment دفعة متكررة			
<input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> AED					

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.

أقر بهذا للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) بعد أن أدخلت بيانات وأرقام بطاقة الائتمان خاصتي على أنظمتها الداخلية بأن تخفي/تخجب بعض أرقام البطاقة المذكورة أعلاه في هذا التفويض لتحمي البيانات دون الحاجة إلى للتوقيع على هذا التفويض بعد الإلغاء/الحجب ودون التقليل من (أو التأثير على القوة القانونية لأي تفويض قد أعطي للشركة.

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.

أوافق بموجبي وأؤكد على أن نموذج التفويض المحرر لصالح الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة يظل سارياً حتى أغيّره أو أعدله خطياً.

I hereby understand that MetLife will only process the application after the authorization of my credit card payment is granted.

أفهم بموجبي أن شركة متلايف سوف تقوم فقط بتنفيذ الطلب بعد منح تفويض بطاقتي الائتمانية. أفهم أن، هذا النموذج لا يتم التعامل معه على أنه إيصال دفع.

I understand that this form shall not be treated as a payment receipt.

أفهم وأوافق على أنني مسؤول عن الحصول والاحتفاظ بنسخة من هذا التفويض وأي إيصال دفع قسط للرجوع إليه في المستقبل.

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.

تحويل البيانات: أنا أقدم بهذا موافقتي الصريحة لتحويل معالجة ومشاركة بياناتي الشخصية إلى أي متلق سواء كان داخل أو 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، 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 بالقوانين الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة للشركة. سوف نتأكد متلايف من أن هؤلاء المتلقين سيكون عليهم التزامات سرية كافية للحفاظ على وضمن سرية بياناتك الشخصية، كذلك فتؤكد متلايف التزامها بجميع القوانين المطبقة فيما يتعلق بمعالجة هذه البيانات الشخصية ومشاركتها ونقلها.

\*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.

\*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 الأرقام الخاصة بالتأمينات الاجتماعية، وأرصدة الحسابات / حركة الحساب، و/أو أي معاملات قمت أنا بها مع متلايف

Full name of the Owner/Cardholder's  Owner/Cardholder's signature  Date

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 (وجامل بطاقة الائتمان هما نفس الشخص وأؤكد أيضاً أن التوقيع على التفويض بالخصم اعلاه مطابق للتوقيع على بطاقة الائتمان نفسها).

Name of Agent  Agent's signature  Date

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](http://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](http://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 مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة واليابان وأمريكا اللاتينية وآسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [www.metlife.com](http://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](http://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