

رقم الوثيقة Policy No.	<input type="text"/>	اسم IFA IFA Name	<input type="text"/>
رمز العميل Agent Code	<input type="text"/>	اسم المستشار المالي Financial Advisor Name	<input type="text"/>

- ▶ 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)

١. تفاصيل 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"/>				
مدينة الولادة City of Birth	<input type="text"/>	بلد الولادة Country of Birth	<input type="text"/>		
يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>		
صلة القربى بمالك الوثيقة Relationship to Policy Owner	<input type="text"/>				

#### Residency\* الإقامة\*

1)  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 / طالب / معال 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 المراجيع 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/الإمارة 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/الإمارة 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

2. Applicant / Policy Owner details

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

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)

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 الأخرى (إن وجد) Other sources of Income (if any) Source  الدخل السنوي Annual Income

Personal Banking Details المراجع المصرفية الشخصية

إسم البنك Name of Bank  العنوان Address

Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة Country  المدينة/الامارة City / Town  ص.ب. P.O. Box

المنطقة/الشارع Area / Street  المبنى Building  شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.

الهاتف Telephone  رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code -  البريد الإلكتروني E-mail

Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي

الدولة Country  المدينة/الامارة City / Town  ص.ب. P.O. Box

المنطقة/الشارع Area / Street  المبنى Building  شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.

الهاتف Telephone  رمز البلد Country Code - رمز المنطقة Area Code -  الهاتف المتحرك Mobile

3. Send correspondence to

٣. إرسال المراسلات إلى

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

## 4. Assets &amp; Liabilities

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

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)	\$
<b>الإجمالي Total</b>	\$

## 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)	\$
<b>الإجمالي Total</b>	\$

## 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؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

If 'no', please explain

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. Details of Life Insurance &amp; Supplementary Contracts Applied For

## ٧. تفاصيل التأمين على الحياة و العقود الإضافية المقدم عليها

## Basic Plan of Insurance:

## برنامج التأمين الأساسي:

	<input type="checkbox"/> منفعة ثابتة Level Benefit	<input type="checkbox"/> منفعة متناقصة Decreasing Benefit	
Currency	<input type="checkbox"/> دولار أمريكي USD	<input type="checkbox"/> جنيه استرليني GBP	<input type="checkbox"/> يورو EURO
	<input type="checkbox"/> قسط دوري Regular premium	<input type="checkbox"/> قسط وحيد Single premium	<input type="checkbox"/> قسط محدود Limited Pay
Amount of insurance (for Proposed Insured)	<input type="text"/>		مبلغ التأمين (للشخص المطلوب التأمين عليه)
Plan Term	<input type="text"/>		مدة البرنامج
Accelerated Critical Illness with Accelerated Terminal Illness Benefit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	المنفعة المعجلة للمرض المستعصي مع منفعة مرض العضال
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	<input type="checkbox"/> قسط وحيد Single Premium	طريقة دفع الأقساط
Modal Premium	<input type="text"/>		القسط الدوري



<input type="checkbox"/> <b>عناية الاستشفاء</b> (الرجاء تحديد مبلغ التغطية) <b>Hospital Care</b> (Specify Coverage Amount)			
البرنامج Plan	العجز الكلي الدائم نتيجة مرض Permanent Total Disability Due to Sickness	الدخل عن الاستشفاء نتيجة لحادث أو مرض Accident & Sickness In-Hospital Income	المصاريف الجراحية في المستشفى نتيجة لحادث أو مرض Accident & Sickness In-Hospital Surgical
مبلغ التغطية (بالأرقام) Coverage Amount (in Figures)			

<input type="checkbox"/> <b>عقد اضافي برنامج مدى الحياة (العجز الجزئي الدائم + العجز الكلي الدائم نتيجة حادث أو مرض) منفعة شهرية</b> <b>Forever supplementary contract (PPD/PTD due to accident or sickness) Monthly Benefit</b>						
(بالدولار الأمريكي) USD	<input type="checkbox"/> 3,000	<input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 1,500	<input type="checkbox"/> 1,000	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 250
(جنيه استرليني) GBP	<input type="checkbox"/> 2,250	<input type="checkbox"/> 1,500	<input type="checkbox"/> 1,125	<input type="checkbox"/> 750	<input type="checkbox"/> 375	<input type="checkbox"/> 188
(يورو) EURO	<input type="checkbox"/> 2,700	<input type="checkbox"/> 1,800	<input type="checkbox"/> 1,350	<input type="checkbox"/> 900	<input type="checkbox"/> 450	<input type="checkbox"/> 225
(درهم إماراتي) AED	<input type="checkbox"/> 11,000	<input type="checkbox"/> 7,340	<input type="checkbox"/> 5,500	<input type="checkbox"/> 3,670	<input type="checkbox"/> 1,835	<input type="checkbox"/> 918

<input type="checkbox"/> <b>PAL Supplementary Contract (USD)</b>						<input type="checkbox"/> <b>العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (دولار أمريكي)</b>
If applied for, please tick the selected Plan:	البرنامج المتميز Executive plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج <input checked="" type="checkbox"/> المختار بوضع	
<b>a) AD &amp; D, PTD - 24 Hour coverage</b>	150,000	100,000	50,000	25,000	أ) الوفاة بحادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار 24 ساعة)	
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	450,000	300,000	150,000	75,000	الوفاة بحادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً	
<b>b) Accident Medical Expense Reimbursement</b>	10,000	6,000	5,000	2,500	ب) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث	
Optional with <b>a &amp; b</b> only <b>c) Weekly Indemnity*</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	500	300	200	100	إختياري مع أ) و ب) فقط ج) التعويض الأسبوعي* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (*يجب أن لا تتعدى ٧٥٪ من الدخل الأسبوعي المكتسب)	

<input type="checkbox"/> <b>PAL Supplementary Contract (GBP)</b>						<input type="checkbox"/> <b>العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (جنيه استرليني)</b>
If applied for, please tick the selected Plan:	البرنامج المتميز Executive plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج <input checked="" type="checkbox"/> المختار بوضع	
<b>a) AD &amp; D, PTD - 24 Hour coverage</b>	112,500	75,000	37,500	18,750	أ) الوفاة بحادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار 24 ساعة)	
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	337,500	225,000	112,500	56,250	الوفاة بحادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً	
<b>b) Accident Medical Expense Reimbursement</b>	7,500	4,500	3,750	1,875	ب) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث	
Optional with <b>a &amp; b</b> only <b>c) Weekly Indemnity*</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	375	225	150	75	إختياري مع أ) و ب) فقط ج) التعويض الأسبوعي* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (*يجب أن لا تتعدى ٧٥٪ من الدخل الأسبوعي المكتسب)	

<input type="checkbox"/> PAL Supplementary Contract (EURO)					<input type="checkbox"/> العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (يورو)
If applied for, please tick the selected Plan:	البرنامج المتميز Executive plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج المختار بوضع <input checked="" type="checkbox"/>
a) AD & D, PTD - 24 Hour coverage	135,000	90,000	45,000	22,500	أ) الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار 24 ساعة)
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	405,000	270,000	135,000	67,500	الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً
b) Accident Medical Expense Reimbursement	9,000	5,400	4,500	2,250	ب) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث
Optional with a & b only c) Weekly Indemnity* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	450	270	180	90	إختياري مع (أ) و (ب) فقط ج) التعويض الأسبوعي* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (*يجب أن لا تتعدى ٧٥% من الدخل الأسبوعي المكتسب)

<input type="checkbox"/> PAL supplementary contract (AED)					<input type="checkbox"/> العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (الدرهم الإماراتي)
If applied for, please tick the selected Plan:	البرنامج المتميز Executive plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج المختار بوضع <input checked="" type="checkbox"/>
a) AD & D, PTD - 24 Hour coverage	550,000	367,000	183,500	91,750	أ) الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار 24 ساعة)
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	1,650,000	1,101,000	550,500	275,250	الوفاة بحدوث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً
b) Accident Medical Expense Reimbursement	36,700	22,000	18,350	9,175	ب) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث
Optional with a & b only c) Weekly Indemnity* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	1,835	1,100	734	367	إختياري مع (أ) و (ب) فقط ج) التعويض الأسبوعي* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (*يجب أن لا تتعدى ٧٥% من الدخل الأسبوعي المكتسب)

## 8. Beneficiaries for Proposed Insured

## ٨. المستفيدون 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

الإسم الكامل للمستفيد Beneficiary Name	*الشخص الذي يمكن الإتصال 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

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

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

نعم  
YES

لا  
NO

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

10. General Questions

10. التصريحات العامة

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

(تنطبق على الشخص المطلوب التأمين عليه و/أو مالك الوثيقة في هذا الطلب).

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

نعم  
YES

لا  
NO

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

If 'yes', give details below.

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء إعطاء التفاصيل أدناه.

الإسم Name	التفاصيل Details

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

نعم  
YES

لا  
NO

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

If 'yes', give details below.

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء إعطاء التفاصيل أدناه.

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

11. 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.\*

11. 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 إعطاء التفاصيل أدناه.\*

(a) Do you have any personal or family doctor? State "Not Applicable" if none. If "Yes", please provide details on the table below:

نعم  
YES

لا  
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:

سبب الإستشارة Reason / Symptoms	تاريخ آخر استشارة Date Last seen	العنوان/الهاتف Address / Phone No.	إسم الطبيب Doctor's Name
الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured			
المالك Owner			

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

(c) Smoker's details

(ج) تفاصيل التدخين

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، الأنابيب، الشيشة، السجائر الإلكترونية، أو مضغ التبغ في الاثني عشر شهراً الماضية؟ Have you smoked any type of tobacco, cigarettes, pipe, shisha, e-cigarette, vape, or chew tobacco in the last 12 months?	نعم Yes	إذا نعم If Yes		
	لا No	الكمية في اليوم الواحد Quantity per day		

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

(د) هل سبق أن طلبت إستشارة طبية أو تم تشخيصك أو تعالجت لأي من الأمراض التالية: نعم لا YES NO

- a. (أ) حمى الروماتيزم، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع الكوليسترول في الدم، لغط، جلطة دماغية، ألم في الصدر، أمراض القلب و الشرايين و الأوعية الدموية؟  
Rheumatic fever, high blood pressure, elevated cholesterol, murmur, stroke, chest pain, heart attack, or any disorder of heart, blood or blood vessels? .....
- b. (ب) السرطان، التقرحات الرخوة أو ورم؟  
Any form of cancer, tumor, or cyst? .....
- c. (ج) السكري، ارتفاع نسبة السكر في الدم أو الغدة الدرقية، اضطراب كلوي أو أي اضطراب في الغدد الصماء؟  
Diabetes, high blood sugar, thyroid, renal disorder or any endocrine disorder? .....
- d. (د) التهاب الكبد الوبائي أو أية مضاعفات في الكبد، البنكرياس، المرارة، المعدة أو الجهاز الهضمي؟  
Hepatitis or any other liver, pancreas, gallbladder, stomach, or intestinal disorder? .....
- e. (هـ) الصرع، شلل، أو أية علة عصبية؟  
Epilepsy, paralysis, or any other nervous disorder? .....
- f. (و) الربو، أو أية اضطرابات تتعلق بالجهاز التنفسي أو الرئوي؟  
Asthma, Respiratory, or lung disease? .....
- g. (ز) أمراض عقلية أو اضطرابات نفسية بما في ذلك القلق والإكتئاب؟  
Mental or psychiatric illness including anxiety and depression? .....
- h. (ح) أي مرض أو خلل في العضلات، العمود الفقري، المفاصل و الأطراف بما فيه فقدان الحواس أو عدم التوازن؟  
Any disease or disorder of the muscles, spine, joints, and limbs including loss of feeling or tremor? .....
- i. (ط) أي مرض، خلل في النظر، النطق أو السمع؟  
Any disorder of sight, speech, or hearing? .....
- j. (ي) أية أمراض وراثية أو خلقية؟  
Any hereditary or congenital condition? .....
- k. (ك) أية حالات حالات مزمنة، علة أو أية إصابة لم يتم ذكرها أعلاه؟  
Any chronic condition, infirmity, or injury not mentioned above? .....



(ه) 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؟  لا YES  نعم NO

(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  
NO

(و) هل أصيب أي من افراد عائلتك أو توفي نتيجة لأحد من الأمراض المذكورة أعلاه؟ إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه:  لا YES  نعم NO

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

#### U.S.A. Internal Revenue Service (IRS) declaration

#### التصريحات الخاصة بمصلحة الضرائب الأمريكية

In applying for insurance coverage as indicated in this application, and in signing this application, the applicant(s) certify(ies) that the Insured, Applicant, and any designated Beneficiary(ies):

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

(select the answer that applies)

(حدد الإجابة التي تنطبق)

هم Are  ليسوا Are Not

من حاملي الجنسية الأمريكية و ذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية<sup>(1)(2)</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 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.

يوافق 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.

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

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

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

إذا كنت من حاملي الجنسية الأمريكية، املئ التفاصيل أدناه:

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

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بالمستفيد/المستفيدين  
U.S. Tax ID number of Beneficiary(ies):

1. This question is for U.S. Federal Income Tax purposes. The U.S. Internal Revenue Service requires the Company to report the taxable income paid to persons subject to United States Federal Income Tax. PLEASE NOTE that if you are a U.S. person for U.S. tax purposes and fail to provide a U.S. Tax Identification Number to the Company, the IRS requires the Company to withhold tax from taxable income payments made to you at the rate of up to 30%.
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 الأمريكية، 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 باحتساب و الاقتطاع بضريبة دخل بمعدل قد يصل إلى ٣٠٪ من المبالغ المدفوعة لك.
٢. يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية وأي صندوق إنتمائي يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية.

## 12. Free Look Period:

## ١٢. 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.

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.

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 obtained under the Policy and their tax consequences pursuant to the laws of any jurisdiction to which the Policyholder would be or might become subject during the term of the Policy."

تطبق الشروط والأحكام. إن وثيقة التأمين هذه تم إعدادها من قبل متلايف وتخضع للتغطية التأمينية التي توفرها هذه الوثيقة في جميع الأوقات والشروط 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.

"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 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 و تعديلاته

**\* 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;
- 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- إذا لم 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 و وفاة هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين الى تركة المؤمن عليه.
- ٣) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين الى تركة المؤمن عليه. إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في مقدم الطلب/حامل وثيقة التأمين (بحسب ما ينطبق).

- (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 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.
- (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:
- 1 - عن طريق أحد مندوبي التوصيل أو بالبريد المسجل إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
  - 2 - 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) أتفهم أن قبول أي وثيقة مصدرة بموجب هذا الطلب تعتبر مصادقة على ما جاء بها من تصحيحات أو تعديلات قامت متلايف بإجرائها في القسم المعنون بـ "تظهر الشركة فقط"
- (ج) أتفهم أنه لا يسمح إلا لموظف مخول من متلايف لـ (1) الوفاء بالعقود أو؛ (2) التنازل عن أو تغيير أي شرط في الطلب، الوثيقة أو الاستلام؛ (3) قبول أو النظر في إمكانية التأمين، وأن مثل هذا التنازل/ التغيير سوف يكون سارياً فقط إذا تم إصدار تظهير به وأرفق نسخة منه بهذا الطلب.
- (د) أتفهم بأن أي إقرار يصدر مني لأي وكيل أو طبيب شرعي لن يعتبر إقراراً صحيحاً ما لم يكن قد تم ذكره في هذا الطلب أو في تقرير الفحص الطبي.
- (هـ) صيغت الإقرارات المالية التالية بغرض توفير إمكانية التأمين المتعلقة بالطلب المقدم للتأمين على حياتي، وتقدم كإقرارات حقيقية ودقيقة حول وضعي المالي في تاريخ إصدار هذا البيان و يدعها أدلة أقوم بتقديمها تفيد ذلك. أعلم أن الإقرارات تشكل جزءاً من العقد وأن 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 والحسابات المصرفية الخاصة بي.
- (ز) إنني أتفهم بشكل كامل فيما يتعلق بالمساهمة الأولى يتم توزيعها في خلال 15 يوماً من تاريخ تسليم الوثيقة وتسلم قيمة المساهمة بالكامل على نحو صحيح والحصول على مخالصة من متلايف بذلك.
- (ح) أتفهم أنه في حال إصدار وثيقة التأمين متضمنه شروط تغطية مختلفة أو كان سعر القسط مختلفاً عن شروط التغطية و/أو سعر القسط الوارد في الطلب المقدم من قبلي، فإنه يتم تعليق هذه الوثيقة إلى أن تتلقى متلايف موافقتي الخطية على شروط التغطية و/أو سعر القسط الجديد المقدم من قبل متلايف.
- (ط) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع ضريبة الدخل على أية دفعات متوجهة لمالك الوثيقة و/أو لأي من المستفيد/ المستفيدين بموجب هذه الوثيقة.
- (ي) بموجب هذا الطلب فإنني أعفي كل طبيب و/أو مستشفى و/أو عيادة و/أو مزود خدمات طبية و/أو أية شركة تأمين و/أو أية مؤسسة أخرى لديها بيانات شخصية\* و/أو أية سجلات أو معلومات عني و/أو عن أفراد عائلتي الذين تم تقديم طلب تأمين عنهم (إن وجد) من واجب السرية المهنية و/أو واجب عدم الإفصاح التعاقدية، وأجيز لهؤلاء الأشخاص و/أو الهيئات الإفصاح لمتلايف عن أية معلومات متعلقة بي و/أو بأفراد عائلتي الذي تم تقديم طلب تأمين عنهم وكذلك تزويدهم بنسخ من البيانات الشخصية العائدة لي والتي تتضمن: أية معلومات متعلقة بصحتي أو صحة عائلتي و/أو السجل الصحي الخاص بهم و / أو الإقامة في المستشفى و / أو استشارة طبية ، تشخيص ، علاج ، مرض و / أو علة. كما وأنتي 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 لمتلايف لتحويل معالجه 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، شركاتها الحقيقية ، شركات إعادة التأمين، شركائها في الأعمال، المستشارين ومزودي الخدمات حيث تعتقد متلايف بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات ضروري من أجل: (١) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (٢) مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها ، (٣) تحسين تجربة العملاء لديها ، (٤) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (٥) 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.

**\*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.

- (ل) أقر وأفهم 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 اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (٣) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات. كما أقر 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. **الإشعارات:** 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 الكتروني ("الإشعارات"). كما و أوافق على أن أتلقى الإشعارات وأفهم 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 أبشر 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 استلامي للإشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية اخطاء 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.

٢. **إرسال 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 أفهم وعلى دراية كاملة بأنه لدى اختياري لاستلام أو إرسال المستندات من خلال البريد الإلكتروني، فإنني أكون مسؤولاً عن إبقاء عنوان بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب صحيحاً في جميع الأوقات، كما أكون مسؤول دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني الخاص بي أو توقفي عن استلام المستندات. أنا أوافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسله أو المستلمة من خلال بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب سوف يتم اعتبارها صحيحة وصادرة عني أو مستلمة من قبلي شخصياً. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامي للبريد الإلكتروني لأسباب عدم صلاحية العنوان أو أية أخطاء مرتبطة بالبريد الإلكتروني الخاص بي.

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](http://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.

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 ووافق 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](http://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 ليعتم 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

D D

من يوم  
day of

M M

20

Y Y

## 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

D D M M Y Y Y Y

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 لطاقتات 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 الخصم 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، أنتم بتقديم نموذج تفويض جديد لتنفيذ دفع أقساطي اللاحقة طوال مدة الوثيقة ويستمر سريان ذلك ما لم يتم إلغاؤه خطياً بواسطتي.
- 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)

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 \_\_\_\_\_
- إسم جهة إصدار البطاقة Name of card issuer bank \_\_\_\_\_
- الإسم الكامل (كما هو مبين على البطاقة) (as quoted on the card) Full name \_\_\_\_\_

تحويل الدفع ببطاقة الائتمان (يسمح فقط ببطاقة الائتمان غير المدفوعة مقدماً الصادرة عن البنك) أنا الموقع أدناه بناءً على الإقرارات المبينة أعلاه، أقدم موافقتي وأؤكد على تفويض الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) بالخصم من بطاقتي الائتمانية للمبالغ المبينة تفصيلاً أدناه للطلب المذكور أعلاه.

تاريخ انتهاء الصلاحية Credit card expiry date \_\_\_\_\_

### د. طريقة الدفع d. 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	<input type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/> Semi-Annual <input type="checkbox"/> Quarterly <input type="checkbox"/> Monthly
عدد الأقساط Number of installments	Open ended مفتوح

- 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.

- أقر بهذا للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) بعد أن أدخلت بيانات وأرقام بطاقة الائتمان خاصتي على أنظمتها الداخلية بأن تخفي/تحتجب بعض أرقام البطاقة المذكورة أعلاه في هذا التفويض لنحفي البيانات دون الحاجة إلى التوقيع على هذا التفويض بعد الإلغاء/الحجب ودون التقليل من أو التأثير على القوة القانونية لأي تفويض قد أعطي للشركة.
- أوافق بموجبي وأؤكد على أن نموذج التفويض المحرر لصالح الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة يظل سارياً حتى الغي أو عدله خطياً.
- 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.
- أفهم وأوافق على أنني مسؤول عن الحصول والاحتفاظ بنسخة من هذا التفويض وأي إيصال دفع قسط للرجوع إليه في المستقبل.
- تحويل البيانات: أنا أقدم بهذا موافقتي الصريحة لتحويل معالجة ومشاركة بياناتي الشخصية إلى أي منلق 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، وسطاء التأمين وأو مزودي الخدمات حيث تعقد 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 تجربتها للعملاء لديها، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالقطاعات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة للشركة. سوف نتأكد متلايف من أن هؤلاء المتلقين سيكون عليهم التزامات سرية كافية للحفاظ على وضمأن سرية بياناتك الشخصية. كذلك فتؤكد متلايف التزامها بجميع القوانين المطبقة فيما يتعلق بمعالجة هذه البيانات الشخصية ومشاركتها ونقلها.
- \*البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي و/أو أفراد عائلتي سواء تم التأشير عليها بأنها "شخصية" أم لا، والتي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، حالتي الطبية والعلاجات وأي وصفات طبية، 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 \_\_\_\_\_ 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 Payor (if an already approved Third Party Payor) 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 أعلاه في التفويض بالخصم تتفق مع بطاقة الائتمان الخاصة به/بها، كما أؤكد أيضاً أن مالك الوثيقة أو دافعها 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 أعلاه مطابق للتوقيع على بطاقة الائتمان نفسها).

Name of Agent \_\_\_\_\_  
Agent's signature \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

metlife.ae

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).

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

تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، ولها عمليات في أكثر من ٤٠ بلداً وتنبوياً متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [www.metlife.com](http://www.metlife.com)

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

لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة: [www.metlife-gulf.com](http://www.metlife-gulf.com)



MetLife | UAE  
© 2020 METLIFE, INC.

IFA-LL-APP-UAE-1120-H