

التأمين لأجل محدد المتناقص التغطية Decreasing Term Insurance



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. التفاصيل عن الشخص المطلوب التأمين عليه (كما موضح موضح في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول
First Name
الإسم 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)

الإقامة * Residency*

1) 2) 3)

*"الإقامة" هي المكان الذي 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.

المهنة Occupation

المسمى الوظيفي
Employment Status موظف Employee صاحب العمل Self-employed
الموقع الوظيفي
Position / Title
طبيعة المهام اليومية
Exact Daily Duties
إسم صاحب العمل/الشركة
Employer's/Company's Name

الدخل Income

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

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

عنوان العمل الحالي Current Business Address

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

عنوان الإقامة الحالي Current Residence Address

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

2. 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 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 القربى بالشخص المطلوب التأمين عليه Relationship to Proposed Insured

Residency* الإقامة*

1) 2) 3)

*الإقامة- هي المكان الذي 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

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 Other sources of Income (if any) مصدر الدخل Source 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 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

4. Assets & Liabilities (Note: Please complete sections 4 to 6 if the annual premium on this application and your existing policies if any, amount to \$10,000 and above or if the total death benefit is \$1 Million and above.)

٤. الأصول و الديون (ملاحظة: يرجى إكمال الأقسام من ٤ إلى ٦ إذا كان القسط السنوي على هذا التطبيق والسياسات الحالية الخاصة بك، (إن وُجد)، تصل إلى ١٠,٠٠٠ دولار وما فوق أو إذا كانت الفائدة الإجمالية للوفاة هي مليون دولار وما فوق).

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)	\$
الإجمالي Total	\$

Liabilities الديون

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

5. Personal / Business Banking References

٥. المراجع المصرفية الشخصية / التجارية

البنك Bank		العنوان Address	
البنك Bank		العنوان Address	

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

نعم YES لا NO

إذا كانت الإجابة "لا" يرجى التوضيح

If 'no,' please explain

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 التوضيح

7. Details of Life Insurance & Supplementary Contracts Applied For

٧. تفاصيل التأمين على الحياة و العقود الإضافية المقدم عليها

Basic Plan of Insurance:

برنامج التأمين الأساسي:

Currency	<input type="checkbox"/> دولار أمريكي USD	<input type="checkbox"/> جنيه استرليني GBP	<input type="checkbox"/> يورو EURO	العملة		
Amount of insurance (for Proposed Insured)	<input type="text"/>			مبلغ التأمين (للشخص المطلوب التأمين عليه)		
Duration	<input type="text"/>			مدة التأمين		
Mode of Payment	<input type="checkbox"/> قسط وحيد Single Premium	<input type="checkbox"/> شهري Monthly	<input type="checkbox"/> ربع سنوي Quarterly	<input type="checkbox"/> نصف سنوي Semi-annual	<input type="checkbox"/> سنوي Annual	طريقة دفع الأقساط
Modal Premium	<input type="text"/>			القسط الدوري		

Details of Payment:

تفاصيل الدفع:

Is the policy owner making the payments from their own funds?

نعم YES لا NO

هل يقوم مالك الوثيقة بإجراء الدفعات من أمواله الخاصة؟

If No, please proceed to complete the "Third Party Payor" Form separately

إذا كانت الإجابة "لا"، فالرجاء المتابعة لإستكمال نموذج "الطرف الثالث للدفع" بشكل منفصل

If Yes, please proceed to complete the below details:

إذا كانت الإجابة "نعم" يرجى المتابعة لإستكمال التفاصيل التالية:

Kindly provide your bank account details, which you will be using to pay the premium

يرجى تقديم تفاصيل حسابك المصرفي، والتي سوف تستخدم لدفع القسط

Bank Name:	<input type="text"/>	إسم البنك:
Bank branch and address:	<input type="text"/>	فرع البنك و العنوان:
Country:	<input type="text"/>	البلد:
Account name	<input type="text"/>	إسم صاحب الحساب
Account number	<input type="text"/>	رقم الحساب

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

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

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

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

العقود الملحقه (جميع المبالغ بالأحرف)		Supplementary Contracts (all amounts in words)	
<input type="checkbox"/> سنوات	<input type="text"/>	التنازل عن القسط في حالة العجز WP Disability	<input type="checkbox"/> المدة Duration
<input type="checkbox"/> العجز الكلي الدائم	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PTD	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> مخاطر الحرب السلبية	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Passive war risk	<input type="text"/>

8. Beneficiaries for Proposed Insured

8. 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.

* يرجى الرجوع إلى إبداء المسؤولية لتعيين المستفيدين.

* **Notes** :If Minors are nominated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the Legal Guardian (other than the Policy Owner and or Insured)

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

* If Legal Heirs, Sharia Law or Estate are stated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the person in charge to be contacted.

* في حالة ذكر الورثة الشرعيين أو قانون الشريعة أو الشركة 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

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

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

رقم البوليصة Policy No.	الإسم Name	الشركة Company	تاريخ النفاذ Effective Date	مبلغ التغطية Coverage Amount	القسط السنوي Annual Premium

10. General Questions

١٠. التصريحات العامة

(Apply to all Proposed Insured/s in this application)

(تشمل التصريحات كافة الأشخاص المطلوب التأمين عليهم المذكورين في هذا الطلب)

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

نعم
YES

لا
NO

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

If 'yes', give details below.

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء اعطاء التفاصيل.

الإسم Name	التفاصيل Details

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

نعم
YES

لا
NO

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

If 'yes', give details below.

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء تعبئة الإستبيان المناسب.

الإسم Name	التفاصيل Details

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

نعم
YES

لا
NO

٣. 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

(to be completed by all Proposed Insured/s if any rider is selected) Please provide complete and correct answers irrespective of how important they might appear.
If a question answered "yes", please provide complete details below.

11. التصريحات الطبية
(تشمل التصريحات كافة الأشخاص المطلوب التأمين عليهم المذكورين في هذا الطلب، الرجاء إعطاء إجابات كاملة و دقيقة بغض النظر عن أهمية السؤال)
إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء تعبئة المعلومات الواردة 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:

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

(b)

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 عن الشخص المدخن

		الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	المالك Owner			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 شهرا الماضية؟ Have you smoked any type of tobacco, cigarettes, pipe, shisha, e-cigarette, vape, or chew tobacco in the last 12 months?	نعم Yes			النوع Type			
	لا No			الكمية في اليوم الواحد Quantity per day			

- (d) 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؟
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?

نعم
YES
لا
NO

- (e) هل سبق أن طلبت إستشارة طبية أو تم تشخيصك أو تعالجت لأي من الأمراض التالية
Have you ever had indication of, diagnosis of, treatment or surgery for:

- a. حمى الروماتيزم، ضغط الدم، لغط، جلطة دماغية، ألم في الصدر، أمراض القلب و الشرايين و الأوعية الدموية؟
Rheumatic fever, high blood pressure, murmur, stroke, chest pain, heart attack, or any disorder of heart, blood, or blood vessels?
- b. السرطان، التقرحات الرخوة أو ورم؟
Any form of cancer, tumor, or cyst?
- c. 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. 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. الصرع، شلل، أو أية علة عصبية؟
Epilepsy, paralysis, or any other nervous disorder?

لا
NO

نعم
YES

- f. الربو، أو أية اضطرابات تتعلق بالجهاز التنفسي أو الرئوي؟
Asthma, Respiratory, or lung disease?
- g. أمراض عقلية، أية اضطرابات نفسية أو اكتئاب؟
Mental or psychiatric illness including anxiety and depression?
- h. 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. مرض، خلل في النظر، النطق أو السمع؟
Any disorder of sight, speech, or hearing?
- j. أية أمراض وراثية أو خلقية؟
Any hereditary or congenital condition?
- k. حالات مزمنة، علة أو أية إصابة لم يتم ذكرها أعلاه؟
Any chronic condition, infirmity, or injury not mentioned 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 البوليصة) 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

نعم
YES

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

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

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

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

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

التصريحات الخاصة بمصلحة الضرائب الأمريكية:

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

(select the answer that applies)

هم
Are

ليسوا
Are Not

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

The applicant(s) agree(s) to inform the company within thirty (30) days of the Applicant(s) knowledge of such change if the Applicant(s) or any designated beneficiary become(s) a U.S. person of U.S. Federal Income Tax purposes or if the Applicant(s) assign(s) the policy to such a U.S. person.

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

(حدد الإجابة التي تنطبق)

ويوافق 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 البوليصة لشخص أمريكي خاضع لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية.

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

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

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

إذا كنت من حاملي الجنسية الأمريكية، املئ التفاصيل أدناه:

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

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

1. This question is for U.S. Federal Income Tax purposes. The U.S. Internal Revenue Service requires the Company to report the taxable income paid to persons subject to United States Federal Income Tax. PLEASE NOTE that if you are a U.S. person for U.S. tax purposes and fail to provide a U.S. Tax Identification Number to the Company, the IRS requires the Company to withhold tax from taxable income payments made to you at the rate of up to 30%.
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. لإعتبارات خاصة بضرريبة الدخل في الولايات 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 بضرريبة 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.

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.

تطبق الشروط والأحكام. إن بوليصة التأمين هذه تم إعدادها من قبل متلايف وتخضع التغطية التأمينية التي توفرها هذه البوليصة في جميع الأوقات للشروط والأحكام الواردة في عقد البوليصة الصادر عن متلايف. يتحمل حامل البوليصة 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 البوليصة، كما أن البنك غير مسؤول عن سداد أية مطالبات أو خدمات بموجب عقد البوليصة الصادر عن متلايف.

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

"من المتفق عليه والمفهوم أن هذه البوليصة مباعة وفقاً لقوانين دولة الإصدار. يتعين على صاحب البوليصة 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 البوليصة وأي تبعات ضريبية لها بموجب القوانين السارية في دولة الإختصاص الذي يتبع لها حامل البوليصة أو قد يتبع لها أثناء فترة سريان البوليصة."

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.

* **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 بوليصة التأمين (بحسب ما ينطبق).

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.

ابتداءً من ١ يناير ٢٠١٨، ستقوم متلايف بتحصيل ضريبة القيمة المضافة على جميع البوالص التي تخضع لضريبة القيمة المضافة القانون الاتحادي لدولة الإمارات العربية المتحدة رقم (٨) لسنة ٢٠١٧ بشأن ضريبة القيمة المضافة.

(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 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) 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 بوليصة التأمين وتسليمها بناءً على هذا الطلب والسادد 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 البوليصة الموضح في جدول مواصفات البوليصة. أوافق على قبول تسليم البوليصة المصدرة أصلاً بإحدى وسائل التسليم الآتية:

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

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

(ب) أصرح على عدم إبرام عقد تأميني إلا بعد إصدار بوليصة التأمين وتسليمها بناءً على هذا الطلب والسادد الفعلي للمساهمة الأولى فيها بالكامل، شريطة عدم حدوث أي تغيير في أهلية الشخص/ الأشخاص المطلوب التأمين عليه/ عليهم للتأمين عن وقت ملء.

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

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

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

(و) أفوض أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلائف) بالحصول من أي مصدر تراه مناسباً بما في ذلك أي بنك و / أو مؤسسة مالية على أي معلومات بشأن وضعي المالي و الحسابات المصرفية الخاصة بي.

(ز) إنني أتفهم بشكل كامل فيما يتعلق بالمساهمة الأولى سوف يتم توزيعها في خلال ١٥ يوماً من تاريخ تسليم البوليصة وتسلم قيمة المساهمة بالكامل على نحو صحيح والحصول على مخالصة من متلائف بذلك.

(ح) أتفهم أنه في حال إصدار بوليصة التأمين متضمنة 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 البوليصة إلى أن تتلقى متلائف موافقتي الخطية على شروط التغطية و/أو سعر القسط الجديد المقدم من قبل متلائف.

(ط) أقر هنا بأن متلائف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع ضريبة الدخل على أية دفعات متوجهة لمالك البوليصة و/أو لأي من المستفيد/ المستفيدين بموجب هذه البوليصة.

(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 التعاقدي، وأجيز لهؤلاء الأشخاص و/أو الهيئات الإفصاح لمتلائف 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 متلائف 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.

(k) **Data Transfer:** I hereby provide MetLife my unambiguous consent, to process, share, and transfer my Personal Data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to MetLife headquarters in the USA, its branches, affiliates, reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where we believe that the transfer or share, of such Personal Data, is necessary for: (i) the performance of this Policy; (ii) assisting MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife's customers experience; (iv) for the compliance with the applicable laws and regulations; or (v) for the compliance with other law enforcement agencies for international sanctions and other regulations applicable to MetLife. MetLife will ensure that such recipients will have sufficient confidentiality obligations to procure the confidentiality of the personal information and provided that the Company complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data.

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

(l) I understand that Coverage and / or Payment under the insurance contract will NOT be made if: (i) the policyholder, insured, or person entitled to receive such payment is residing in a sanctioned country; or (ii) the policyholder, the insured, or person entitled to receive such payment is listed on the Office of Foreign Assets Control (OFAC) Specially Designated Nationals (SDN) list, the OFAC Sectorial Sanctions Identifications list or any international or local sanctions list; or (iii) the payment is claimed for services received in any sanctioned country. I also understand that the Company shall not be liable to pay any claim or provide any coverage or Benefit to the extent that the provision of such coverage or Benefit would expose the Company to any sanction under any applicable laws.

(m) **Electronic Communication:**

1- Notifications: I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices electronically (including but not limited to short message services "SMS", emails and any other electronic means or methods of communications ("Notifications"). I accept receiving Notifications and understand that MetLife makes no warranty that the Notifications will be uninterrupted or error free and any such error or interruption shall not be deemed or treated in any way whatsoever to create any liability on MetLife and I acknowledge that I shall not file any complaint or claim against MetLife for any Notifications error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving the Notifications. MetLife is not responsible for non-receipt of Notifications due to invalidity of the addresses or other technical problems.

2- Sending and receiving the documents electronically: By providing my e-mail address and signing this application I agree to receive from MetLife the policy document, certificate and / or any other documents and to send to MetLife all types of documents and information related to the policy ("Documents") via electronic mail ("E-mail"). I am fully aware that having chosen this electronic means of sending or receiving information & Documents, it is my responsibility to ensure that the E-mail address I have provided in this application is correct at all times, and that it is 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.

(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، 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 بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة للشركة. سوف تتأكد متلايف من أن هؤلاء المتلقين سيكون عليهم التزامات سرية كافية للمحافظة على وضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فتؤكد متلايف التزامها بجمع القوانين المطبقة فيما يتعلق بمعالجة هذه البيانات الشخصية ومشاركتها ونقلها.

* **البيانات الشخصية** تعني جميع المعلومات المتعلقة بي و/أو بأفراد 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 و العلاجات و الوصفات 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

(ل) أقر وأفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان صاحب البوليصة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (٢) كان صاحب البوليصة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً إسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (٣) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات. كما أقر وأفهم بأن الشركة لن تتحمل أي مسؤولية عن دفع قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية أو منفعة في حال أن دفع هذه المطالبة أو توفير هذه التغطية أو المنفعة يُعرض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين نافذة.

(م) **وسائل التواصل الإلكتروني:**

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

٢. **إرسال و إستلام المستندات إلكترونياً:** من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بي و توقيع هذا الطلب، فإنني أوافق على إستلام بوليصة التأمين، شهادة التأمين و/أو أي مستندات أخرى وأن أقوم بإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بوليصة التأمين ("المستندات") إلى متلايف عن طريق 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 توقيفي 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 استلامى للبريد الإلكتروني لأسباب عدم صلاحية العنوان أو أية أخطاء مرتبطة بالبريد الإلكتروني الخاص بي. أنا أفهم بأنه من واجبي في حال رغبتني في تغيير عنوان بريدي الإلكتروني لدى متلايف، أو إذا كنت أرغب في الحصول على نسخة ورقية من المستندات، أو إذا كنت أعتقد بأنني لم أستلم المستندات الخاصة بي، أفهم بأنه من واجبي إعلام متلايف فوراً بذلك.

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

By signing this application, I understand and agree that if I wish to discontinue receiving Documents electronically it is my obligation to revoke this authorization by another written document. By signing this application also, I declare that I have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on www.metlife.com/about/privacy and I will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife.

I understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of my information.

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

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

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

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

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

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

- (ن) أقر بأن جميع التصريحات و الأجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أي استبيانات أو تعديلات هي كاملة وحقيقية وملزمة لجميع الأطراف المعنيين في البوليصة هنا والمقدم في هذا الطلب لأجلهم.

Signatures

التوقيعات

إسم الشخص المطلوب التأمين عليه
Name of Proposed Insured

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

التوقيع
Signature

X

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

X

وقعت في
Signed at

مدينة
City

بلد
Country

في
on this

D D

من يوم
day of

M M

٢٠

Y Y

Witness / Representative

الشاهد / ممثل البنك

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

أصرح بأن المعلومات المقدمة من قبل الشخص المطلوب التأمين عليه / المالك صحيحة وكاملة و بدقة مسجلة بعناية في هذا الطلب

إسم الشاهد
Name of Witness

D D M M Y Y Y Y

X

التوقيع
Signature

إسم المستشار المالي
Name of IFA

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.

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.

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 وتنبؤاً متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة www.metlife.com

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

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



MetLife | UAE
© 2019 METLIFE, INC.