

برنامج بناء الثروة العالمي - الكويت International Wealth Builder - Kuwait



IFA Application Form

IFA نموذج طلب تأمين

رقم الوثيقة
Policy No.

اسم IFA
IFA Name

الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح

► Please use BLOCK CAPITAL LETTERS to fill in the form

اسم المستشار المالي
Financial Advisor Name

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

١. التصريحات الشخصية للشخص المطلوب التأمين عليه (كما في الوثائق الرسمية)

الاسم الأول
First Name

إسم الوالد
Middle Name

الشهرة
Last Name

الهوية Identification

نوع بطاقة الهوية
I.D. Type

رقم بطاقة الهوية
I.D. No.

تاريخ الإنتهاء
Expiry Date

الجنس
Gender ☐ ذكر Male ☐ أنثى Female

الحالة الاجتماعية
Marital Status ☐ أعزب Single ☐ متزوج Married

مُطلق / مُنفصل ☐ مُطلق / مُنفصل ☐ أرمل Widowed

تاريخ الميلاد
Date of Birth

السن في آخر عيد للميلاد
Age Last Birthday

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 كقيم 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

اسم الشركة
Company Name

طبيعة المهام اليومية
Exact Daily Duties

طبيعة العمل
Nature of Business

الدخل Income

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 (١)
Source (1)

الدخل السنوي
Annual Income

مصدر الدخل (٢)
Source (2)

الدخل السنوي
Annual Income

مصدر الدخل (٣)
Source (3)

الدخل السنوي
Annual Income

Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة
Country

المدينة/الإمارة
City / Town

ص.ب.
P.O. Box

المنطقة/الشارع
Area / Street

المبنى
Building

شقة/فيلا رقم
Flat / Villa No.

الهاتف
Telephone

رمز المنطقة
Area Code

رمز البلد
Country 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

2. Applicant / Policy Owner Details

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

٢. طالب التأمين / المالك
(إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه - كما في الوثائق الرسمية)

الاسم الأول First Name		اسم الوالد Middle Name		الشهرة Last Name	
---------------------------	--	---------------------------	--	---------------------	--

الهوية Identification

نوع بطاقة الهوية I.D. Type		رقم بطاقة الهوية I.D. No.		تاريخ الإنتهاء Expiry Date	D D M M Y Y Y Y
-------------------------------	--	------------------------------	--	-------------------------------	-----------------

الجنس Gender	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	الحالة الاجتماعية Marital Status	<input type="checkbox"/> أعزب Single	<input type="checkbox"/> متزوج Married	<input type="checkbox"/> مُطلق / مُنفصل Divorced / Separated	<input type="checkbox"/> أرمل Widowed
-----------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------	---	---	---	--

تاريخ الميلاد Date of Birth	D D M M Y Y Y Y	السن في آخر عيد للميلاد Age Last Birthday	
--------------------------------	-----------------	--	--

مدينة الولادة City of Birth		بلد الولادة Country of Birth	
--------------------------------	--	---------------------------------	--

يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------

صلة القربى المطلوب التأمين عليه Relationship to Proposed Insured	<input type="text"/>
---	----------------------

الإقامة * Residency*

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

*"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	<input type="checkbox"/> موظف Employee	<input type="checkbox"/> صاحب العمل Self-employed
الموقع الوظيفي Position / Title	<input type="text"/>	
طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties	<input type="text"/>	
طبيعة العمل Nature of Business	<input type="text"/>	

الدخل Income

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 Other sources of Income (if any)	مصدر الدخل (١) Source (1)	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>	
	مصدر الدخل (٢) Source (2)	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>	
	مصدر الدخل (٣) Source (3)	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>	

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	<input type="text"/>

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

3. Send correspondence to

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

4. Assets / Liabilities

للفطاء التأميني الشخصي. يرجى ذكر الأصول والديون الشخصية الخاصة بالشخص المطلوب التأمين عليه بالتفصيل.

لغطاء تأمين الأعمال. يرجى ذكر الأصول والديون الخاصة بالأعمال بالتفصيل.

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 وفوائد مستحقة	\$
-----------------------	----

Taxes and Interest Due	
قروض للتأمين على الحياة	\$

Loans of Life Insurance	
ديون أخرى (يرجى ذكرها)	
Other liabilities (please define)	\$

Other Liabilities (please define) _____

الإجمالي \$ _____

الإجمالي
Total \$

الإجمالي Total	\$	
-------------------	----	--

الإجمالي
Total \$

5. Personal / Business Banking References

ايبان / رقم الحساب IBAN & Account Number	
---	--

البنك Bank		العنوان Address	
---------------	--	--------------------	--

نعم
 YES
☐

لا
 NO
☐

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

إذا كانت الإجابة لا، يرجى التوضيح

6. Financial Disclosures

نعم
 YES

لا
 NO

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

إذا كانت الاجابه بنعم الرجاء التوضيح

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

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

7. Purpose of Insurance : Tick as Applicable

الشخصية • Personal	<input type="checkbox"/> حماية الأسرة Family Protection	<input type="checkbox"/> التوفير والحماية Saving and Protection	<input type="checkbox"/> حماية القروض الشخصية Personal Loan Protection	<input type="checkbox"/> حماية ضريبة الميراث Inheritance Tax Protection
اعمال • Business	<input type="checkbox"/> تغطية الشخص الرئيسي Key Person Coverage	<input type="checkbox"/> حماية القروض التجارية Business Loan Protection	<input type="checkbox"/> المساهم / الشراكة Share Holder/Partnership	<input type="checkbox"/> استثمار Investment

8. Does the Proposed Insured and / or Applicant have any existing insurance?
If Yes, please provide full details on the table below:

نعم
YES

لا
NO

٨. هل يوجد لدى المؤمن عليه أو طالب التأمين أية بوالص تأمين أخرى؟
إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل كاملة في الجدول أدناه:

الاسم Name	رقم الوثيقة Policy No.	الشركة Company	تاريخ النفاذ Effective Date	الوضعية الحالية Status	المبلغ Amount	القسط السنوي Annual Premium	حياة/حوادث / تأمين جماعي Life/A&H/Group

٩. طرق الدفع وخطة المعلومات الأخرى المتعلقة بالبرنامج

9. Payment and plan Information

خطة المساهمة

١. فترة سداد الأقساط

٢. القسط الموجب دفعه

٣. طريقة الدفع

Contribution Plan

1. Premium Payment Term

2. Premium to be paid

3. Mode of Payment

العملة
Currency

شهرى
Monthly

ربع سنوي
Quarterly

نصف سنوي
Semi - annual

سنوي
Annual

١٠. تخصيص المساهمة

10. Contribution Allocation

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

SI No. رقم	Fund Name	الاسهم الاستثمارية	Fund Code	رمز السهم	التوزيع Allocation
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Please ensure that the total allocation is equal to 100%					الإجمالي ١٠٠% TOTAL 100%

يرجى التأكد من أن إجمالي المخصصات تساوي ١٠٠%

11. Beneficiaries for Proposed Insured

١١. المستفيدين

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

*Please refer to special conditions for beneficiary designation in the last page before customer signature.

*يرجى الرجوع إلى الشروط الخاصة لتعييني الصفحة الأخيرة قبل توقيع العميل.

12. Supplementary Contracts

١٢. العقود الملحق

<input type="checkbox"/> ADB	منفعة التعويض عن الوفاة جراء حادث Accidental Death Benefit	مبلغ التغطية Coverage Amount	
<input type="checkbox"/> WP	<input type="checkbox"/> العجز Disability <input type="checkbox"/> الوفاة (في حال كان مالك الوثيقة غير المؤمن عليه) Death (Applicable only if the Owner is other than the Insured)	لمد for	سنة Years
<input type="checkbox"/> CI	منفعة الأمراض المستعصية (عقد منفرد) Critical Illness (Stand alone)	مبلغ التغطية Coverage Amount	
<input type="checkbox"/> PTD	التأمين ضد العجز الكامل الدائم (تمنح مع منفعة الأمراض المستعصية) (Permanent + Total Disability (Available only with Critical Illness	مبلغ التغطية Coverage Amount	

13. General Questions

١٣. التصريحات العامة

(Apply to all Proposed Insured in this application)

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

1. Has any application for insurance or reinstatement of Life, Accident or Health Insurance ever been declined, postponed, rated or in any way modified?

نعم
YES
☐

لا
NO
☐

If Yes, give details below.

١. هل لك اي طلب تأمين أو طلب إعادة سريان تأمين على الحياة، حوادث، أو تأمين صحي قد رفض، تأجل أو تم تقييمه بتعرفة أعلى من القسط العادي أو تم تعديله بأي طريقة أو ألغى؟

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء إعطاء التفاصيل.

2. Is the proposed Proposed Insured/s a member of any military force, or 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
☐

If Yes, give details below.

٢. هل انت عضوا في اي قوات مسلحة، أو هل تمارس أو تنوي ممارسة أي نوع من السباقات، الغطس الجوي، الغطس تحت الماء، الهبوط بالمظلة، أو أي نوع من النشاطات أو الهوايات الخطرة، أو الطيران في وسائل نقل جوية إلا كمسافر عادي على خطوط جوية تجارية عادية؟

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء تعبئة الإستبيان المناسب.

3. (a) Travel History during the past 12 months?

نعم
YES
☐

لا
NO
☐

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

٣. (أ) هل قمت بالسفر خلال ١٢ شهراً الماضية؟

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

details in space provided below.

وتفاصيل كل رحلة في الجدول المبين أدناه.

اسم المؤمن عليه Proposed Insured's Name	الدولة Country	المدينة City	تاريخ السفر Approximate Date of Travel	سبب الزيارة Purpose	مدة الإقامة Length of Stay	عدد الرحلات / بالسنة No. of Visits/Year

(b) Travel Plans outside your current country of residence within the next 12 months?

نعم
YES

لا
NO

(ب) هل تنوي الإقامة في أو السفر إلى أي دولة خارج مكان إقامتك الحالية خلال الإثني عشر شهراً ١٢ 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.

اسم المؤمن عليه Proposed Insured's Name	الدولة Country	المدينة City	تاريخ السفر Approximate Date of Travel	سبب الزيارة Purpose	مدة الإقامة Length of Stay	عدد الرحلات / بالسنة No. of Visits/Year

14. Health details

١٤. التصريحات الطبية

(To be completed for all Proposed Insureds if any rider is selected) - Please provide complete and correct answers irrespective of how important they might appear).

(تشمل التصريحات كافة المطلوب التأمين عليهم المذكورين في هذا الطلب، الرجاء إعطاء إجابات كاملة و دقيقة بغض النظر عن أهمية السؤال).

If a question answered (Yes) Please Complete details below*

إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه*

هل لديك طبيب شخصي أو طبيب العائلة؟ إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه:

نعم
Yes

لا
No

(a) Do you have any personal or family doctor? If "Yes", please state details on the table below:

ماذا كانت نصيحته Advice given	التشخيص Any diagnosis	سبب الإستشارة Reason / Symptoms	تاريخ اخر استشارة Date Last seen	العنوان/الهاتف Address / Phone No.	اسم الطبيب Doctor's Name

(b) Proposed Insured

الشخص المطلوب التأمين عليه
Proposed Insured

الطول
Height

قدم
ft.

إنش
in.

أو
or

سم
cm.

الوزن
Weight

باوند
lbs.

أو
or

كغ
kg.

المالك
Owner

الطول
Height

قدم
ft.

إنش
in.

أو
or

سم
cm.

الوزن
Weight

باوند
lbs.

أو
or

كغ
kg.

هل تدخن أو كنت تدخن أي نوع من أنواع التبغ كالسجائر، السيشا، أو بالمضغ؟

نعم
Yes

لا
No

(c) Do you use or smoke any type of tobacco, cigarettes, pipe, shisha, e-cigarette, vape, or chew tobacco?

إذا كانت الإجابة بنعم، النوع
If Yes, type

العدد
quantity

في اليوم
per day

نعم
Yes

لا
No

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؟

(d) 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

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

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

لا
No

نعم
Yes

حمى الروماتيزم، ضغط الدم، لفت، جلطة دماغية، ألم في الصدر، أمراض القلب و الشرايين و الأوعية الدموية؟

a. Rheumatic fever, high blood pressure, murmur, stroke, chest pain, heart attack, or any disorder of heart, blood, or blood vessels?

السرطان، التقرحات الرخوة أو ورم؟

b. Any form of cancer, tumor, or cyst?

السكري، ارتفاع نسبة السكر في الدم أو أي خلل أو اضطراب يتعلق بالغدد؟

c. Diabetes, high blood sugar, thyroid disorder, or any endocrine disorder?

التهاب الكبد الوبائي أو أية مضاعفات في الكبد، البنكرياس، المرارة، المعدة أو الجهاز الهضمي؟

d. Hepatitis or any other liver, pancreas, gallbladder, stomach, or intestinal disorder?

أمراض الكلى أو أية اضطرابات في الجهاز البولي أو التناسلي؟

e. Any kidney, urinary, or reproductive disorder?

الصرع، شلل، أو أية علة عصبية؟

f. Epilepsy, paralysis, or any other nervous disorder?

أي شكل من أشكال الاضطراب الدم أو مرض؟

g. Any form of blood disorder or disease?

الربو، السل أو أية اضطرابات تتعلق بالجهاز التنفسي أو الرئوي؟

h. Asthma, Tuberculosis, Respiratory, or lung disease?

أمراض عقلية، أية اضطرابات نفسية أو اكتئاب؟

i. Mental or psychiatric illness including anxiety and depression?

مرض أو خلل في العضلات، العمود الفقري، المفاصل و الأطراف بما فيه فقدان الحواس أو عدم التوازن؟

j. Any disease or disorder of the muscles, spine, joints, and limbs including loss of feeling or tremor?

الإدمان بأنواعه؟

k. Excessive consumption of alcohol, alcoholism, and drug abuse?

مرض، خلل في النظر، النطق أو السمع؟

l. Any disorder of sight, speech, or hearing?

أية أمراض وراثية أو خلقية؟

m. Any hereditary or congenital condition?

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

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

هل تلقيت إستشارة طبية، أو علاج متعلق بالإيدز أو بمرض منقول جسدياً أو قيل أنك مصاب بأي منها، أو قمت بإجراء فحص للأيدز ودل على وجوده، أو تشكو من الحالات التالية ولازالت بدون تفسير، الإرهاق، نقص الوزن، الإسهال، أو آفات جلدية غريبة؟

Have you ever been treated for AIDS, Auto-immune Disease, AIDS Related Complex, or sexually transmitted disease or been told you have any of these OR that you had tested positive for AIDS (please state reason and results) OR have you had unexplained fatigue,

(f) weight loss, diarrhoea, or unusual skin lesions?

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?

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

إسم المؤمن عليه Name of Insured	أفراد الأسرة Family Members	السن Age if Living	الحالة الصحية State of Health	السن في وقت التشخيص Age of Diagnosis	السن عند الوفاة Age at Death	سبب الوفاة Cause of Death

*** Details to any "yes" answers to the above questions. Include the name of the Proposed Insured, dates, names of doctors, hospitals, reason for consultation, tests, results, diagnosis, treatments, and current condition.**

*** تفاصيل أي إجابات بـ "نعم" على الأسئلة السابقة بما فيها إسم الشخص المؤمن عليه والتواريخ وأسماء الأطباء والمستشفيات وسبب الإستشارة و الإختبارات والنتائج والتشخيص والعلاج**

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

تعليمات خاصة
Special Request

تظهرات الشركة فقط
Company Endorsement Only

Declarations

التصريحات

- (أ) أوافق أنه لا يجوز لأي قاصر ممارسة حق الإقتراض أو التنازل أو تحويل الملكية أو ممارسة غير ذلك من الإمتيازات التي تخولها الملكية.
- (ب) أتفهم أن قبول أي وثيقة مصدرة بموجب هذا الطلب تعتبر مصادقة على ما جاء بها من تصحيحات أو تعديلات على هذا الطلب قامت متلايف بإجرائها في القسم المعنون بـ "اعتماد الشركة فقط".
- (ج) أتفهم أنه لا يجوز لأي شاهد / ممثل البنك أو طبيب شرعي أو أي شخص آخر بخلاف المسؤول المخول من الشركة إبرام عقود أو التنازل عنها أو تغيير أي من الشروط والأحكام الواردة في أي طلب أو وثيقة أو إيصال أو الإقرار بالأهلية للتأمين أو البت فيها. لن يتم اعتماد أي تغيير إلا بعد موافقة المسؤول المخول من متلايف إلا في حالة تم تظهير الموافقة هنا أو تم إرفاقها.
- (د) أتفهم أن أي تواصل أو معلومات تم الإفصاح عنها لأي شاهد / ممثل البنك أو طبيب شرعي غير موافق عليه من قبل متلايف ما لم يكن مذكوراً في أي من هذا الطلب أو في أي تقرير فحص طبي.
- (هـ) تقوم متلايف بإستثمار الأموال حسب الإستراتيجيات التي اخترتها، و ستعكس قيمة حساب الوثيقة اداء حسابات الإستثمار التي أختار. أتفهم أن عائدات حسابات الإستثمار سوف تتقلب صعوداً و هبوطاً و إن قيمة حسابات الإستثمار و رأس المال غير مضمونة و من المحتمل أن تتغير نتيجة الأداء الفعلي لإستراتيجيات الإستثمار. و أيضاً أصرح أن توزيع مساهماتي في إستراتيجيات الإستثمار للوثيقة هو نتيجة لإختياري الشخصي، و يعتمد على درجة تحملي للمخاطر.
- (و) أتفهم أن كافة المساهمات في المستقبل ستوزع على إستراتيجيات الإستثمار كما هو محدد أعلاه إلا في حال إعلام متلايف، وبشكل خطي، برغبة مغايرة. و أتفهم أيضاً أن كافة المساهمات المستقبلية تخضع إلى حد أدنى و حد أعلى يتم تحديدهم من قبل متلايف من وقت لآخر.
- (a) I agree that no right to borrow, surrender or assign or other privilege of ownership may be exercised by a minor.
- (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 no Witness/Representative or medical examiner or other person except an authorized officer of MetLife is permitted to make or discharge contracts or waive or change any of the conditions or provisions of any Application, Policy or Receipt, or to accept or pass upon insurability; no change shall be valid until approved by an authorized officer from MetLife and unless such Approval be endorsed hereon and attached hereto.
- (d) I understand that any communication or information disclosed to any Witness/Representative or medical examiner is not approved by MetLife unless such information is formally stated in either this application or in any medical examination submitted.
- (e) MetLife makes investments in line with the strategies I have chosen, and my Policy Account Values, will reflect the performance of the investment accounts I select. I understand there are no guarantees on the investment sub-account earnings / income as the investment accounts I have selected may decrease as well as increase and are likely to fluctuate depending on the actual market performance of these accounts. I also declare that the allocation of my premiums / contributions to the Plan's Investment Strategies is per my own selection and risk tolerance.
- (f) I understand that, all future Contributions / Premiums will be allocated as indicated above unless MetLife is notified in writing, otherwise and that future Contributions are subject to a minimum and maximum amounts as determined by MetLife from time to time.

- (g) I understand that the Investment Strategies and Investment Subaccounts offered are subject to MetLife's ability to invest in international mutual funds or investment companies' shares or any other non-local currency denominated investment vehicles. I further understand that MetLife may from time to time make other Subaccounts available and has the right to change, add or delete designated investment companies, to add or remove Subaccounts, and to combine any two or more Subaccounts. In the event that I fail to respond, within the stipulated time, to MetLife's notice of any modification discontinuance or unavailability of particular investment strategies or subaccount, I hereby authorize MetLife at its sole discretion, to re-allocate the value of the discontinued or unavailable subaccounts into an available subaccount under the lower risk strategy as determined by MetLife at the time and to maintain my allocation in any modified subaccount.
- (h) I understand and agree that in the execution of any investment strategy under the Policy, MetLife may at its own discretion in its own name contract the services of affiliated or non affiliated third party service providers including but not limited to investment companies, fund managers, custodians, distributors of shares / accounts, brokers, fund administrators and providers of electronic platforms and solutions. I understand and agree that I will have no right of action or any other rights under these contracts against the service providers and that, save for gross negligence in selecting the providers, MetLife will not be responsible for any direct or indirect losses or damages incurred by me under this Policy resulting from the providers' breach of their contractual obligations or negligence or misconduct in performing their duties or under any other cause.
- (i) I fully understand that with respect to the first contribution, the number of investment accounts and their respective value will be allocated within 30 days from the date the Policy is delivered and the full contribution is duly received and cleared by MetLife.
- (j) A Policy issued with coverage terms and / or policy rates different from the coverage terms and / or policy rates requested in my application, shall be suspended until MetLife's receipt of my written approval of the new coverage terms and / or policy rates offered by MetLife.
- (k) I hereby acknowledge that MetLife may be required by applicable laws to withhold income tax on my behalf and / or behalf of my Beneficiary(ies) in relation to any returns realized on any of the underlying investments of the selected Investment Subaccount(s) and / or in relation to any payments due to me and / or to my Beneficiary(ies) under the Policy.
- (l) I understand that all contributions to the plan are subject to any applicable anti-money laundering rules and regulations that may be in place.
- (m) 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.
- (n) I understand that incorrect statements or answers, or failure to disclose any material fact, may invalidate the contract.
- (o) I hereby exonerate any Physician and / or Hospital and / or Clinic and / or Insurance Company and / or other Organization that has any records or knowledge of me and / or my family members proposed for insurance (if any) from professional secrecy and hereby authorize such person(s) and / or entity to give to MetLife any and all information about me and/ or my family members proposed for insurance and copy of records with reference to health and / or medical history and / or any hospitalization, medical advice, diagnosis, treatment disease and / or ailment. I also authorize MetLife to obtain and share, from any source it deems appropriate, information concerning my financial and / or professional and / or personal status, as well as information related to my driving history. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

- (د) أتفهم أن إستراتيجيات الإستثمار وحسابات الإستثمار الفرعية المطروحة تخضع إلى قدرة متلايف على الإستثمار في صناديق الإستثمار العالمية أو في أسهم شركات الإستثمار أو في أية أدوات إستثمار تعتمد عملة غير العملة المحلية. كما أتفهم أن متلايف قد تقوم من وقت لآخر بتوفير حسابات فرعية أخرى، و لها الحق بإضافة أو إلغاء صناديق الإستثمار المختارة أو بإضافة أو إلغاء أي حساب إستثمار فرعي أو دمج إثنين أو أكثر من حسابات الإستثمار الفرعية. وفي حال إخفاقي عن الإجابة خلال الفترة المحددة، على إشعار متلايف الذي تبلغني فيه بأية تعديلات، أو توقف أو عدم توفر أية إستراتيجية إستثمار أو حساب إستثمار فرعي. فإني أفوض متلايف و بموجب هذا الطلب، بإعادة توزيع المبالغ العائدة للحساب الفرعي المتوقف أو الغير متوفر، و ذلك وفقاً لتقدير متلايف الخاص، إلى حساب فرعي متوفر ضمن إستراتيجية الإستثمار الأقل خطراً و المتوفرة في ذلك التاريخ و بالمحافظة على توزيعي في أي حساب فرعي تم تعديله.
- (ح) أتفهم و أوافق على أن في تنفيذ أي إستراتيجية استثمار تحت هذه الوثيقة، ممكن لمتلايف ووفقا لتقديرها الخاص، واسمها الخاص ان تتعاقد من اجل الخدمات مع مقدموا خدمات أطراف ثالثة تابعين لها أو غير تابعين لها، بما في ذلك ولكن لا يقتصر على شركات استثمار ومديري الصناديق الاستثمارية، وأمناء الحفظ، توزيع الاسهم/ الحسابات، ووسطاء التأمين، ومديري الصناديق الاستثمارية ومقدمي الحلول و البرامج الالكترونية. أتفهم وأوافق على انه لا يحق لي بموجب هذا العقد ملاحقة أو مطالبة التعويض من مقدمي الخدمات، وأنه باستثناء عن الإهمال الجسيم في اختيار مقدمي الخدمات، لن تكون متلايف مسؤولة عن أي خسائر مباشرة أو غير مباشرة أو أضرار تكبدتها بموجب هذه الوثيقة الناتجة عن خرق مقدمي الخدمات لالتزاماتها التعاقدية أو إهمال أو سوء في أداء واجباتهم أو تحت أي سبب آخر.
- (ط) إنني أتفهم بشكل كامل فيما يتعلق بالمساهمة الأولى، بأن عدد حسابات الاستثمار وقيمته المطابقة سوف يتم توزيعها في خلال ٣٠ يوماً من تاريخ تسليم الوثيقة وتسلم قيمة المساهمة بالكامل على نحو صحيح والحصول على مخالصة من متلايف بذلك.
- (ي) في حالة إصدار وثيقة ذات شروط تغطية و/أو معدلات وثيقة مختلفة عن شروط التغطية و/أو معدلات الوثيقة الواردة في الطلب المقدم من قبلي، فإنه يتم تعليق هذه الوثيقة إلى أن تتلقى متلايف موافقتي الخطية على شروط التغطية و/أو أسعار الوثيقة الجديدة التي تعرضها متلايف.
- (ك) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع ضريبة الدخل و ذلك بالنسبة عني و/أو بالنسبة عن المستفيد/ المستفيدين و الناتجة عن الأرباح المحققة على الإستثمارات التابعة لإستراتيجيات الإستثمار المختارة. و أيضاً إقتطاع ضريبة الدخل على أية دفعات متوجهة لمالك الوثيقة و/أو لأي من المستفيد/ المستفيدين بموجب هذه الوثيقة.
- (ل) أتفهم أن جميع المساهمات و الأقساط خاضعة للقوانين و الأنظمة المتعلقة بغسيل الأموال.
- (م) أقر بأن جميع التصريحات والاجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أي استبيانات أو تعديلات هي كاملة وحقيقية وتفيد جميع الأطراف المعنيين في الوثيقة هنا والمقدم هذا الطلب لاجلهم.
- (ن) أتفهم أن أي اجابة أو إفادة غير صحيحة أو التكم عن إعطاء معلومات هامة قد تؤدي إلى إبطال وإلغاء الوثيقة.
- (س) بموجب هذا الطلب فإنني أعفي كل طبيب و / أو مستشفى و / أو عيادة و / أو شركة تأمين و / أو مؤسسة أخرى لديها سجلات أو معلومات عني و / أو عن أفراد عائلتي المقدم الطلب بشأنهم (إن وجد) من موجب السرية المهنية وأجيز لهؤلاء الاشخاص و/أو الهيئات إعطاء متلايف جميع المعلومات وصور عن السجلات المتعلقة بي و/أو بأفراد عائلتي المقدم طلب تأمين عنهم العائدة للصحة و / أو التاريخ الطبي و / أو إقامة في المستشفى و / أو استشارة طبية، تشخيص، علاج، مرض و/أو علة. كما وأنتي أفوض متلايف بالحصول - من أي مصدر تراه مناسباً- على أية معلومات تتعلق بوضعي المالي و/أو المهني و/أو الشخصي وتبادل هذه المعلومات، بالإضافة الى اية معلومات متعلقة بأية سوابق في تاريخ قيادتي. وتكون أي صورة من هذا التفويض صالحة كنسخة طبق الاصل.

(p) **Data Transfer:** I hereby provide MetLife unambiguous consent, to process, share, and transfer my personal data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to the Company Headquarters in the USA, its branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, Insurance Brokers and/or service providers where the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of this Policy; (ii) assisting the Company in the development of its business and products; (iii) improving the Company'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 the Company.

***Personal Data** means all information relating to me (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, account balances/activities or any transactions undertaken with MetLife."

(q) 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.

(r) I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices via short message service "SMS" and I accept receiving SMS and understand that MetLife makes no warranty that the SMS 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 SMS error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving SMS.

(ع) **تحويل البيانات:** أنت تمنحنا موافقة صريحة لتحويل ومشاركة بياناتك الشخصية الى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركتنا في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعنا، شركاتنا الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركائنا في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما نعتقد بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ (أ) تنفيذ التزاماتنا بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدتنا في تطوير منتجاتنا وأعمالنا، (ج) تحسين تجربة العملاء لدينا، (د) للإلتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للإلتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لنا.

***البيانات الشخصية** تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء كانت "شخصية" أم لا) والتي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، حالاتي الطبية، والعلاجات والوصفات الطبية، والأعمال التجارية، والعمليات، وتفاصيل الاتصال والأرصدة / وأنشطة الحساب أو أي معاملات قامت بها متلايف.

(ف) 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 الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (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 يُعزّض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين نافذة.

(ص) أوافق على أن ترسل لي متلايف الإخطارات والإشعارات عن طريق خدمة الرسائل القصيرة على الهاتف الخليوي، كما و أوافق على أن أتلقى هذه الرسائل القصيرة وأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الرسائل القصيرة سيتم إرسالها دون انقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو انقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لإنشاء أية مسؤولية على متلايف. وأتعهد بأنني لن أبأشر بإقامة أي دعوى أو مطالبة ضد متلايف من جراء أي خطأ أو انقطاع للرسائل القصيرة لأي سبب من الأسباب من جراء استبدال/عدم استقبال الرسائل القصيرة.

CRS declarations (To be filled by Account Holder/Policy Owner)

CRS تصريح (الرجاء تعبئته عن طريق صاحب الحساب ومالك البوليصة)

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

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

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

Reason A

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

Reason B

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

Reason C

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

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

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

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

السبب أ

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

السبب ب

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

السبب ج

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

بلد الإقامة الضريبية Country/Jurisdiction of tax residence	رقم التعريف الضريبي TIN Tax Identification number	إذا كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر فاذكر السبب "أ" أو "ب" أو "ج" If no TIN available enter Reason A, B or C	إذا ذكرت السبب "ب" يرجى التوضيح If Reason B Selected, please explain
1.			
2.			
3.			
4.			

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

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

I certify that I am the Controlling Person, or am authorized to sign for the Controlling Person, of all the account(s) held by the Entity Account Holder to which this form relates.

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

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

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

Declaration

تصريح

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

I undertake to both advise **MetLife** of any change in circumstances which affects the tax residency status of the individual identified in the application or in this form or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide **MetLife** with a suitably updated self-certification and Declaration, within 90 days of such change in circumstances.

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

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

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

لتصريحات 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 وذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية^(١)
United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes^(٢)

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. Units may not be held or transferred to investors who are U.S. federal income tax purposes.

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

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

(حدد الإجابة التي تنطبق)

ووافق طالب التأمين على إبلاغ الشركة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ معرفته بحصول أي تغيير في حال أصبح طالب التأمين و/أو أي من المستفيدين المعينين شخصاً أمريكياً خاضعاً لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية أو في حال تحويل طالب التأمين هذه الوثيقة لشخص أمريكي خاضع لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية. لا يجوز الاحتفاظ بالوحدات أو تحويلها إلى المستثمرين الذين هم أشخاص أمريكيون وذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية.

تجدر الإشارة بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان كاذب 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 بطالب التأمين 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 بضريبة 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 بإحتساب 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.

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) Declaration:

قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية:

The Insured / Owner consents to MetLife, its officers and agents disclosing any Confidential Information to:

- (i) any group member and representatives of MetLife in any jurisdiction (together with MetLife, the "Permitted Parties");
- (ii) Any persons as required by any law (including but not limited to the U.S.A. Foreign Account Tax Compliance Act) or authority (including but not limited to the U.S.A. Internal Revenue Service) with jurisdiction over any of the Permitted Parties;
- (iii) professional advisers, insurer, reinsurer or insurance broker and service providers of the Permitted Parties who are under a duty of confidentiality to the Permitted Parties;
- (iv) any actual or potential assignee, novatee or transferee in relation to any of MetLife's rights and/or obligations under this Policy (or any agent or adviser of any of the foregoing).

"Confidential Information" means all information relating to the Insured / Owner (whether marked "confidential" or not) disclosed by whatever means either directly or indirectly to MetLife which concerns the business, operations or customers of the Insured / Owner (including but not limited to contact details, tax identification number / social security number, account balances/ activities or any transactions undertaken with MetLife).

MetLife will deduct any withholding required by the US Foreign Account Tax Compliance Act ("FATCA").

MetLife reserves the right, within its sole discretion, to terminate the Policy in the event that appropriate documentation of Insured's / Owner's US or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to MetLife. In particular, in the event that applicable local laws or regulations would prohibit withholding on payments to the account or prohibit the reporting of the account, and no waiver of such local law is obtained, MetLife reserves the right to close the account.

يوافق المؤمن عليه/المالك على قيام متلايف وموظفيها و وكلاؤها بالإفصاح عن أي معلومات سرية ل:

- (i) أي عضو مجموعة وممثلي "متلايف" في أي إقليم أو دولة كانت (معا مع متلايف "الأطراف المسموح لهم");
- (ii) أي أشخاص حسب ما يكون مطلوب بموجب أي قانون (بما يشدد على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية) أو جهة (بما يشدد على سبدو المتبادل الحصر. وكالة خدمة العوائد الداخلية الأمريكية) لدى نطاق السلطة عدى أي من الأطراف السوح لهم،
- (iii) المستشارين المهنيين او المؤمنين او معيدي التأمين او وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف السوح لهم والذين يكونون تحت واجب السرية للأطراف السوح لهم،
- (iv) أي معين ده او مسوح له او محول ده فعلي او محتدل فيما يتعقد بحقوق و/او لتز امات متلايف بموجب هذه وثيقة (أو أي وكيل او مستشار لأي من ما سبق).

"المعلومات السرية" تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/المالك (سواء حدد على أنه سري" ام لم يحدد) والتي تم الإفصاح عنها بواسطة أي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تغص العدل التجاري او عمليات أو عملاء المؤمن عليه/المالك (بما يشدد على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال، رقم الهوية الضريبية/ رقم الضمان الاجتماعي، أرصدة الحسابات/ الأنشطة أو أي معاملات جارية مع متلايف).

سوف تقوم متلايف باستقطاع أي ضريبة مغروضة بموجب قانون الامتثال الضريبي عدى سابات الأجنبية ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق في إنهاء الوثيقة بإرادتها المنفردة اذا لم يقدم المؤمن عليه/المالك المستندات المثبتة لوضعه وما اذا كان خاضع للضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية FATCA وذلك خلال المدة الممنوحة لذلك. وعلى وجه الخصوص، تحتفظ متلايف بالحق في فسخ الوثيقة اذا ما كانت القوانين او اللوائح المحلية تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب الوثيقة او تمنع الإفصاح عن معلومات تتعقد بالوثيقة، ولم يتم الحصول على الموافقات اللازمة للاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

E-mail Declaration

تصريح البريد الإلكتروني

By providing your E-mail address and signing this application you 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"]. Please be aware that having chosen this electronic means of sending or receiving information & Documents, it is your responsibility to ensure that the E-mail address you have provided us in this application is correct at all times, and that it is your responsibility to inform MetLife immediately should your E-mail address changes or should you cease to receive the Documents. You agree that all information & Documents sent to or received from your E-mail address as stated in this application will be considered valid and originated from you or sent to you personally.

من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك و توقيع هذا الطلب , فإنك توافق على استلام وثيقة التأمين، شهادة التأمين و/أو أي مستندات أخرى وأن تقوم بإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بوثيقة التأمين إلى متلايف ("المستندات") عن طريق البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). يرجى العلم بأنه لدى اختيارك لاستلام أو إرسال المستندات من خلال البريد الإلكتروني، فأنت مسؤول عن إبقاء عنوان بريدك الإلكتروني الذي قدمته لنا في هذا الطلب صحيحاً في جميع الأوقات، كما تكون مسؤول دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني أو توقفك عن استلام المستندات. أنت توافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسلة أو المستلمة من خلال بريدك الإلكتروني الذي قدمته لنا في هذا الطلب سوف يتم اعتبارها صحيحة وصادرة عنك أو مستلمة من قبلك شخصياً.

MetLife is not responsible for non-receipt of E-mails due to invalid E-mail addresses or other technical problems related to your E-mail service.

If you would like to change your E-mail address with MetLife, or if you would like a paper copy of the Documents, or if you believe that you have not received your Documents, please notify us immediately

By signing this application, you understand and agree that if you wish to discontinue receiving Documents electronically it is your obligation to revoke this Authorization by another written document. By signing this application also, you declare that you have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on www.metlife.com/about/privacy and you will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife. You understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of your information. You consent to provide your E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامك للبريد الإلكتروني لأسباب عدم صلاحية العنوان أو أية أخطاء مرتبطة بالبريد الإلكتروني الخاص بك.

إذا كنت ترغب في تغيير عنوان بريدك الإلكتروني لدى متلايف، أو إذا كنت ترغب في الحصول على نسخة من المستندات، أو إذا كنت تعتقد أنك لم تستلم المستندات الخاصة بك، يرجى إعلامنا فوراً.

من خلال توقيعك لهذا الطلب، فأنت تقر وتوافق على أنه في حال رغبتك في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً، فإنه من واجبك تقديم مستند خطي يفيد برغبتك بإلغاء هذا التفويض. أيضاً، من خلال توقيعك لهذا الطلب، فإنك تقر باطلاعك على و فهمك لسياسة الخصوصية و شروط الاستخدام الخاصة بمتلايف و المتوفرة على الموقع الإلكتروني www.metlife.com/about/privacy وأنت ستقوم بمراجعة شروط الاستخدام أو بيان الخصوصية الخاص بمقدمي الخدمات الذين تقوم متلايف بالتعامل معهم. أنت تدرك أيضاً بأنه على الرغم من أن متلايف تقوم باتخاذ كافة الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، إلا أن متلايف لا يمكن أن تضمن سلامة المعلومات الخاصة بك. بموجب هذا الطلب فإنك توافق على تقديم عنوان بريدك الإلكتروني لئتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بمتلايف وتقر بقبولك للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

Disclaimer

إبراء المسؤولية:

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

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

تطبق الشروط والأحكام. إن وثيقة التأمين هذه تم إعدادها من قبل متلايف وتخضع التغطية التأمينية التي توفرها هذه الوثيقة في جميع الأوقات للشروط والأحكام الواردة في عقد الوثيقة الصادر عن متلايف. يتحمل حامل الوثيقة مخاطر الإستثمار فيها ولا يكون مبلغ الإستثمار الأساسي أو عوائده مضموناً (باستثناء الجزء 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 مباحة وفقاً لقوانين دولة الإصدار. يتعين على صاحب الوثيقة مشاوره الاستشاري المهني الخاص به/بها فيما يتعلق بالمتطلبات القانونية أو غيرها من المتطلبات أو المحاذير المتعلقة بالتغطية التأمينية على الحياة وخطط الإستثمار التي يتم الحصول عليها بموجب الوثيقة وأي تبعات ضريبية لها بموجب القوانين السارية في دولة الإختصاص الذي يتبع لها حامل الوثيقة أو قد يتبع لها أثناء فترة سريان الوثيقة."

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

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

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

- 1) في حال تعيينك لأكثر من مستفيد واحد: أ- ولم تقم بتحديد حصة كل مستفيد في مبلغ التأمين، سنقوم بتقسيم مبلغ التأمين إلى حصص متساوية يتم توزيعها بالتساوي بين جميع المستفيدين الذين حددتهم. ب- في حال وفاة مستفيد واحد أو أكثر قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، فإنه يسقط حق ذلك المستفيد/المستفيدين المتوفى في مبلغ التأمين ويتم توزيع حصته/حصصهم على باقي المستفيدين بالتساوي، ما لم نستلم توجيهات خطية منك بخلاف ذلك.

- 1) في حال تعيينك لمستفيد واحد ووفاته هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين إلى وريثة المؤمن عليه.

- ج) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين إلى وريثة المؤمن عليه. إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في طالب التأمين/حامل وثيقة التأمين (بحسب ما ينطبق) فترة سريان الوثيقة."

الشخص المطلوب التأمين عليه
Name of Proposed Insured

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

X

التوقيع
Signature

الإسم الكامل 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

X

التوقيع
Signature

وقعت في
Signed at

دولة
Place

مدينة / بلد
City/Country

في
on this

D

D

من شهر
month of

M

M

عام
20

Y

Y

Witness / Representative

الشاهد / ممثل البنك

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

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

اسم الشاهد

Name of Witness

D D M M Y Y Y Y

X

التوقيع
Signature

اسم البنك

Name of IFA

metlife-gulf.com

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 للتأمين (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 | Kuwait

© 2018 METLIFE, INC.

IFA-IWB-APP-EA-KUW-0918-H