

نموذج بيانات الشخص المخول بالدفع Payor Details Form (For Company) (للشركة)



Instructions: Use this form to authorize a company to pay premium(s) on your behalf. Please complete this form in its entirety to avoid any delays in processing. If you need assistance in completing this form, please contact customer service representatives on any of the below mentioned numbers.

تعليمات: استخدم هذا النموذج لتفويض الشركة بدفع قسط (أقساط) نيابة عنك. يرجى إكمال هذا النموذج بالكامل لتجنب أي تأخير في المعالجة. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء هذا النموذج، فيرجى الاتصال بممثلي خدمة العملاء على أي من الأرقام المذكورة أدناه.

Requirements: (1) Copy of the company's valid Trade License and (2) Valid passport copy with residence visa of each shareholder and (3) copy of the valid locally-issued government ID of each shareholder.

المتطلبات: (1) نسخة من الرخصة التجارية السارية للشركة و (2) نسخة من جواز سفر ساري المفعول مع تأشيرة إقامة سارية لكل مساهم (3) نسخة من بطاقة الهوية الحكومية والصادرة محلياً لكل مساهم.

To: American Life Insurance Company (MetLife)
Re: Premium Payment For Insurance Policy(ies) on behalf of the following employee (s)

إلى: أمريكيان لايف انشورنس كومباني (متلايف)
قسط التأمين لوثيقة (وثائق) التأمين نيابة عن الموظف (الموظفين) التاليين

هذه الرسالة لتأكيد أن
This letter is to confirm that

اسم الشركة
Company Name

(يشار إليها فيما يلي باسم «الشركة»)
, (hereinafter referred to as the "Company")

is paying the premium on behalf of the following employees in respect of the employee/s individual insurance policy(ies) for the **period of the Company Trade License**. The Company is making this payment as part of the employee/s **fringe benefits** granted by the Company to its employee/s, as stated in the below:

يدفع قسط التأمين نيابة عن الموظفين التالية أسماؤهم فيما يتعلق بوثيقة (وثائق) التأمين الفردية للموظف / الموظفين لفترة الترخيص التجاري للشركة. تقوم الشركة بسداد هذه المدفوعات كجزء من المزايا الإضافية للموظف / الموظفين التي تمنحها الشركة لموظفيها، كما هو مذكور أدناه:

الرقم التسلسلي Serial No.	الاسم الكامل لمالك الوثيقة Full Name of Policy Owner	رقم الطلب / الوثيقة Application No. / Policy No.	المبلغ المطلوب دفعه / المبلغ المدفوع (بالدولار الأمريكي) Amount to be Paid / Paid Amount (USD)	توقيع مالك الوثيقة Signature of Policy Owner
1				
2				
3				
4				

The Policy Owner, whose signature appears on the above table, hereby authorizes the company to pay the premium on his/her behalf.

يفوض مالك الوثيقة، الذي يظهر توقيعه في الجدول أعلاه، الشركة بدفع قسط التأمين نيابة عنه / عنها.

The Company agrees and understand that the above mentioned employees are the rightful owner of their respective insurance policy(ies) and any amount / benefit payable under the policy shall be made according to the terms and conditions of each insurance policy.

توافق الشركة وتفهم أن الموظفين المذكورين أعلاه هم المالكين الشرعيين (لوثائق) التأمين الخاصة بهم وأن أي مبلغ / فائدة مستحقة الدفع بموجب الوثيقة يجب أن يتم وفقاً لشروط وأحكام كل وثيقة تأمين.

I, in my capacity as authorized representative of the Company, will be held responsible and the Company hereby waives its rights to claim whatsoever from MetLife in regards to the amount paid on behalf of the employee/s.

أنا، بصفتي الممثل المعتمد للشركة، سوف أتحمل المسؤولية وتتنازل الشركة بموجب هذا عن حقوقها في المطالبة بأي نوع من متلايف فيما يتعلق بالمبلغ المدفوع نيابة عن الموظف / الموظفين.

Details of payment

تفاصيل الدفع

If paying by Credit Card, kindly provide the required details of: Bank Name, Bank branch and address, Country, Account holder's name.
If paying by any other method, kindly provide all the required details mentioned below.

في حالة الدفع عن طريق بطاقة الإئتمان يرجى تقديم تفاصيل: اسم البنك، فرع البنك، العنوان، البلد، اسم صاحب الحساب. في حالة الدفع عن طريق أي وسيلة أخرى يرجى تقديم كل التفاصيل أدناه:

Bank Name	<input type="text"/>	إسم البنك
Bank branch and address	<input type="text"/>	فرع البنك والعنوان
Country	<input type="text"/>	الدولة
Account holder's Name	<input type="text"/>	إسم صاحب الحساب
Swift Code	<input type="text"/>	رقم السويفت
Account number	<input type="text"/>	رقم الحساب
IBAN number	<input type="text"/>	رقم الحساب المصرفي الدولي

Payor Details

تفاصيل الشخص المخول بالدفع

رقم الرخصة التجارية
Trade License No

بلد التأسيس
Country Of Incorporation

تاريخ الانتهاء
Expiry Date

بلد التشغيل
Country Of Operation

Income

State the income over the last 12 months

الدخل

اذكر الدخل خلال ال ١٢ شهراً الماضية

Current Business Address

الدولة
Country

المنطقة/الشارع
Area / Street

الهاتف
Telephone

المدينة/البلدة
City / Town

المبنى
Building

ص.ب.
P.O. Box

البريد الإلكتروني
E-mail

رمز الدولة
Country Code

رمز المنطقة
Area Code

عنوان العمل الحالي

Notes:

- Please note that American Life Insurance Company (MetLife) reserves the right to accept / reject payment as per Company guidelines.
- The payment can be made through crossed cheque in favor of American Life Insurance Company; however the payment shall not be acceptable to MetLife and shall not be deemed to be received unless it is duly honored/settled.
- In all cases, a single payment from a Third Party cannot exceed the specified threshold per policy. Please contact your local MetLife representative / office for guidance.

ملاحظات:

- يرجى ملاحظة أن امريكان لايف انشورنس كومباني «متلايف» تحتفظ بالحق في قبول / رفض الدفع وفقاً لإرشادات الشركة.
- يمكن السداد من خلال شيك مسطر لأمريكان لايف انشورنس كومباني ومع ذلك فإن الدفعة لا تكون مقبولة لدى امريكان لايف انشورنس كومباني ولن يتم اعتبارها مستلمة ما لم يتم تسويتها حسب الأصول.
- في جميع الحالات ، لا يمكن أن تتجاوز دفعة واحدة من طرف ثالث الحد المعين لكل وثيقة. يرجى الاتصال بممثل / مكتب متلايف للحصول على الإرشادات.

Signature

التوقيع

وقع في
Signed at

المدينة
City

الدولة
Country

اليوم
Day

الشهر
Month

السنة
Year

اسم الشركة
Company Name

الاسم الكامل للمفوض بالتوقيع
Full name of Authorized Signatory

المسمى الوظيفي للمفوض بالتوقيع
Designation of Authorized Signatory

الاسم الكامل للشاهد
Full name of Witness

المسمى الوظيفي للشاهد
Designation of witness

ختم الشركة
Company Stamp

التوقيع
Signature

التوقيع
Signature

Need help?

تحتاج مساعدة؟

الدولة Country	الإمارات العربية المتحدة UAE	الكويت Kuwait	عمان Oman	البحرين Bahrain	قطر Qatar	من أي دولة أخرى Any other Country
الهاتف Call us	٨٠٠ ٦٢٨٥٤٣٣ 800 - MetLife (800 - 6385433)	+٩٦٥ ٢٠٨ ٩٣٣٣ +965 2 208 9333	٨٠٠ ٧٠٧٠٨ 800 70708	٨٠٠ ٠٨٠٣٣ 800 08033	٨٠٠ ٩٧١١ 800 9711	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥ +971 4 415 4555
البريد Mail us	ص.ب. ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة P.O. Box 371916, Dubai – U.A.E.					
البريد الإلكتروني E-mail us	PolicyChange-Gulf@metlife.com					

American Life Insurance Company – Registered under U.A.E.
Federal Law No. (6) of 2007
Registration No. 34 in the Insurance Authority and Licensed by
Department of Economic Development – License No. 205329
MetLife VAT ID - 100052968300003

أمريكان لايف انشورنس كومباني - مسجلة في دولة الإمارات العربية المتحدة بموجب القانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧، تحت رقم تسجيل ٣٤ في هيئة التأمين ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية برخصة رقم ٢٠٥٣٢٩
معرف متلايف للضريبة المضافة - 100052968300003