

أميركان لايف إنشورنس كومباني  
ويلمنغتون، ديلاوير، الولايات المتحدة الأمريكية، تأسست عام ١٩٢١  
المكتب الإداري:  
ص.ب. ٢٧١٩١٦ دبي - الإمارات العربية المتحدة  
تليفون ٤٥٥٥ ٤١٥ ٩٧١ + فاكس ٤٤٤٥ ٤١٥ ٩٧١ +

رقم البوليصة			
معلومات عن مالك البوليصة			
الإسم الأول	إسم الأب	اللقب	
هاتف	مع رمز المدينة	أفضل وقت للاتصال	
يرجى ذكر جميع الجنسيات: (١) (٢) (٣)			
الإقامة*			
(١)	(٢)	(٣)	

\* "الإقامة" هي الولاية التي تلتزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية.

يرجى بهذا الطلب أن تدفعوا لي كامل مستحقات الوثيقة بموجب شروط الإستحقاق مخصصاً منها أي دين مستحق للشركة بموجب هذه الوثيقة. وهذا وأنه وبمجرد تسديد أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف) لكامل مستحقات الوثيقة أعلاه، وإستلامي له، أكون قد أبرأت ذمتها إبراءً كاملاً وشاملاً ونهائياً، لكافة التزاماتها بموجب الوثيقة المذكورة والعقود الإضافية الملحقة بها.

كيف ترغب أن يدفع لك؟

الشيك  الصك المصرفي  تحويله إلى حسابك المصرفي

إذا رغبت بالتحويل إلى حسابك المصرفي، يرجى تزويدنا بمعلومات حسابك المصرفي:

رقم حسابك المصرفي	إسم المصرف
الفرع	المدينة
الدولة	الرمز المصرفي

(قد تكون هناك رسوم للصك المصرفي أو التحويل المصرفي)

يرجى إرفاق المطلوب ادناه مع هذا الطلب:

١. البوليصة الأصلية أو إعلان فقدان البوليصة، إذا كانت البوليصة الأصلية مفقودة.
٢. صورة عن جواز سفر مالك البوليصة و المؤمن عليه.
٣. الإتفاقات الأصلية المتعلقة ب PDF/PDA / صناديق جانبية فرعية، إذا وجد.

أمنح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلق خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ العقد أو للامتثال لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية و جهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بالشركة.

أخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجبة التطبيق والنفاد على الشركة فيما يتعلق بالعقوبات الدولية وأوافق أنه لغرض الامتثال بالعقوبات المحلية والدولية بما في ذلك العقوبات الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية والأمم المتحدة، ويجوز للشركة وفق تقديرها الخاص اتخاذ أي إجراء تراه ملائماً فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصة التأمين الخاصة بي و/أو استمرار نفاذها.

#### قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية

يوافق المؤمن عليه/ المالك على قيام متلايف وموظفيها ووكلائها بالإفصاح عن أي معلومات سرية لـ:

(أ) أي عضو مجموعة وممتلي «متلايف» في أي إقليم أو دولة كانت (معاً مع متلايف «الأطراف المسموح لهم»);

(ب) أي أشخاص حسب ما يكون مطلوب بموجب أي قانون (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية) أو جهة (بما يشمل على

الأمريكية) لدى نطاق السلطة على أي من الأطراف المسموح لهم،

(iii) المستشارين المهنيين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونوا تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،

(iv) أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلياً أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلايف بموجب هذه بوليصة (أو أي وكيل أو مستشار لأي من ما سبق)، والمعلومات السرية: تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/المالك (سواء حدد على أنه «سري» أم لم يحدد) والتي تم الإفصاح عنها بواسطة أي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تخص العمل التجاري أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه/المالك (بما يشمل 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 مفروضة بموجب قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية («FATCA»).

تحتفظ متلايف بالحق في إنهاء البوليصة بإرادتها المنفردة إذا لم يقدم المؤمن عليه/المالك المستندات المثبتة لوضعه وما إذا 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 إذا ما كانت القوانين أو اللوائح المحلية تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب البوليصة أو تمنع الإفصاح عن معلومات تتعلق بالبوليصة، ولم يتم الحصول على الموافقات اللازمة للاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

وقع في مكان هذا اليوم من شهر ٢٠

X	التوقيع	الإسم كاملاً بخط يده		إسم مالك البوليصة
X	التوقيع	الإسم كاملاً بخط يده		إسم المستفيد غير القابل للتغيير أو المتنازل له
X	التوقيع	الإسم كاملاً بخط يده		إسم الشاهد

البلد	الإمارات العربية المتحدة	كويت	عمان	بحرين	قطر
الهاتف	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	+٩٦٥ ٢ ٢٤٧ ٤٢٧٧	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١
البريد	ص.ب ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة				
البريد الإلكتروني	customerservices.gulf@metlife.ae				
موقعنا	www.metlife-gulf.com				