

نموذج حقوق أصحاب البيانات

DATA SUBJECT RIGHTS FORM



American Life Insurance Company (MetLife)
P.O. Box 371916, Dubai, United Arab Emirates
Tel. 04 415 4555, Fax 04 415 4445

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)
ص.ب. ٣٧١٩١٦ دبي، الإمارات العربية المتحدة
تليفون ٤٤٥٥ ٤١٥ ٠٤، فاكس ٤٤٤٥ ٤١٥ ٠٤

Requestor:

مقدم الطلب:

رقم وثيقة التأمين / الوثائق (إن وجدت)
Policy No.(s) (If any)

تفاصيل مالك الوثيقة:
Policy Owner's Details:

الاسم الأول
First Name

اسم الوالد
Middle Name

الاسم الأخير
Last Name

الاسم الأخير
City of Birth

بلد الولادة
Country of Birth

رقم الهوية الإماراتية
Emirates ID No.

رقم جواز السفر
Passport No.

الهاتف
Telephone

رمز البلد
Country Code

البريد الإلكتروني
E-mail

Information Requested:

المعلومات المطلوبة:

تاريخ الطلب
Date of Request

D D M M Y Y Y Y

نوع الطلب
Type of Request

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | طلب سحب البيانات
Withdraw request | <input type="checkbox"/> | طلب الوصول إلى البيانات الشخصية
Access to personal data |
| <input type="checkbox"/> | رفض معالجة البيانات
Object to processing | <input type="checkbox"/> | إضافة بيانات
Add data |
| <input type="checkbox"/> | حد معالجة البيانات
Restrict to processing | <input type="checkbox"/> | تصحيح بيانات
Correct data |
| <input type="checkbox"/> | عدم استعمال البيانات لمراسلات التسويق
Opt-out to marketing communications | <input type="checkbox"/> | محو بيانات
Erase data |
| | | <input type="checkbox"/> | تحويل بيانات
Transfer data |

سبب الطلب
Reason for request

المعلومات المطلوبة
Information requested

Signed copy should be scanned and mailed from the registered email address*

* يجب مسح النسخة الموقعة ضوئياً وإرسالها بالبريد من عنوان البريد الإلكتروني المسجل.

By signing below, I certify that all information provided is accurate and complete.

بالتوقيع أدناه، أشهد أن جميع المعلومات المقدمة دقيقة وكاملة.

Signature:

التوقيع:

اسم مقدم الطلب صاحب البيانات
Name of Applicant the data subject

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

التوقيع
Signature

موقع بتاريخ
Date

D D M M Y Y Y Y

Need help?

How to contact us

Country	UAE	Kuwait	Oman	Bahrain	Qatar	Any other Country
Call us	800 - MetLife (800 - 6385433)	+965 2 208 9333	800 70708	800 08033	800 9711	+971 4 415 4555
Mail us	P.O. Box 371916, Dubai – U.A.E.					
E-mail us	CustomerServices.Gulf@metlife.com					
Website	www.metlife-gulf.com					

For MetLife use only

لاستخدام MetLife فقط

تاريخ الاستلام الطلب
Date Received

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

استلم الطلب من قبل
Received by

تم إتمام الطلب من قبل
(اسم القسم)

Request processed by
(Name and Department)

ملاحظات
Remarks