

**Application for Health Certificate** In connection with: **Gulf Operations** Reinstatement Removal / Reduction in Rating P.O. Box 371916, Dubai, United Arab Emirates Tel +971 4 415 4555, Fax + 971 4 415 4445 Change in Plan Change in Coverage CustomerServices.Gulf@metlife.com Addition of Benefits Policy No. Instructions: Use this form to request for any of the above changes to your individual life policy. Please complete this form in its entirety to avoid any delays in processing. If you need any assistance in completing this form, please contact our customer service representatives. Requirement(s): (1) Copy of Valid I.D. and Visa page. (2) Third party pay form, in case the policy owner is not making the previous payment from his own funds. If the

application for health certificate is signed outside UAE then the application and other supporting documents should be notarized by the country where it has been

#### Note:

• 30 days to submit the original request from the signature date

### SECTION 1: All insured details under the policy - Please fill both tables

Full na	ame of Insured / Joint Insured / Owner/ Spouse / Child (as applicable)	Nationality	Relationship to Policy Owner	I.D. No	Date of Birth	Height	Weight
1	Full Name						
2	Full Name						
3	Full Name						
4	Full Name						
5	Full Name						

ame of Insured / Joint Insured / Owner/	Current Residence		Familian de Nome	Nature of	* Daily Duties
Spouse / Child (as applicable)	City	Country	Employer's Name	Business	* Daily Duties
Full Name					
Full Name					
Full Name					
Full Name					
Full Name					
se don't fill in the "daily duties" field for the	Armed Forces				
	Spouse / Child (as applicable)  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name	Spouse / Child (as applicable)  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name	Spouse / Child (as applicable)  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name	Spouse / Child (as applicable)  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name	Spouse / Child (as applicable)  City  Country  Employer's Name  Business  Nature of Business  Nature of Business  Nature of Business  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name  Full Name

## **Current Correspondence Address** City / Town P.O. Box Country Building Flat/Villa No. Area / Street Mobile Telephone Email address SECTION 2: Declarations: (Please tick each box to confirm) to be completed by policy owner \*If any part of the declarations cannot be confirmed, provide details in the Exceptions to the declaration at the end of this section. the undersigned, declare that since the date of signing the application for the said policy,

Insured /Joint Insured
Signature

I and all Insured's named above and covered in this policy:

Policy Owner's Signature

1. Det	ails of Payment:				
Is the p	oolicy owner making the	e payments from their own funds?	YES NO		
If No, p	olease proceed to cor	mplete the			
	r details" form sepera	·			
	•	mplete the below details:	in a to a south a manaissa		
Kindiy	provide your bank ac	count details, which you will be us	sing to pay the premium		
Bank	Name				
Bank	branch and address				
Coun	try				
Acco	unt name				
Acco	unt number				
IBAN	number (Note: depend	ding on your region, you may not nee	ed to use all IBAN boxes)		
Note:	Please fill the accour	nt details section in the third party	payor form for both individual and c	orporate:	
2.	Annual Income in the	e last 12 months.	ncy	Amount	
3.	I / We have not	had any change in the place of re	sidence, nature of business, financial	status, occupation, or hob	bies.
4.	 ☐ I / We have not :	applied for new insurance, change	e in plan or reinstatement, which was	declined, or postponed, w	rithdrawn, or modified in kind,
	amount or rate.		,		
5.	I / We do not in	ntend to travel during the next twe	ve months.		
	If 'Yes', here are t	the travel details:			
	·	the travel details:	Destination - Country / City	Purpose	Duration
	·		Destination - Country / City	Purpose	Duration
	·		Destination - Country / City	Purpose	Duration
	·		Destination - Country / City	Purpose	Duration
	·		Destination - Country / City	Purpose	Duration
6.	Fu a. I/We do r	III Name	Destination - Country / City  Daying passenger in an aircraft operate		
6.	Fu  a. I / We do r service ove	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route.		ted by a commercial passe	nger airline on a scheduled
6.	a. I / We do r service over b. I / We do r	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route.	paying passenger in an aircraft operat	ted by a commercial passe y such as Diving, Mountain	nger airline on a scheduled
	a. I / We do r service ove b. I / We do r	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route. not undertake or have plans to undertake and do not intend to seek me	paying passenger in an aircraft operat dertake any hazardous sport or activit	ted by a commercial passe y such as Diving, Mountair s.	inger airline on a scheduled in Climbing, etc.
7.	a. I / We do r service ove b. I / We do r Are in good he. I / We have not HIV or AIDS.	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route. not undertake or have plans to undertake and do not intend to seek me	paying passenger in an aircraft operate dertake any hazardous sport or activit dical advice or undergo medical tests nd have not consulted any medical fa	ted by a commercial passe y such as Diving, Mountair s.	inger airline on a scheduled in Climbing, etc.
7. 8.	a. I / We do r service ove b. I / We do r Are in good head I / We have not HIV or AIDS.	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route. not undertake or have plans to undertake and to seek me the the met with any illness or accident, a	paying passenger in an aircraft operate dertake any hazardous sport or activit dical advice or undergo medical tests and have not consulted any medical fa Brothers, Sisters).	ted by a commercial passe y such as Diving, Mountair s.	inger airline on a scheduled in Climbing, etc.
7. 8. 9.	a. I / We do r service ove b. I / We do r Are in good head I / We have not HIV or AIDS.	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route. not undertake or have plans to unce that and do not intend to seek meet met with any illness or accident, a e occurred in the family (Parents, E	paying passenger in an aircraft operate dertake any hazardous sport or activit dical advice or undergo medical tests and have not consulted any medical fa Brothers, Sisters).	ted by a commercial passe y such as Diving, Mountair s.	inger airline on a scheduled in Climbing, etc.
7. 8. 9.	a. I / We do r service ove b. I / We do r Are in good he. I / We have not HIV or AIDS.  No deaths have If I am a female Smoker's details:	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route. not undertake or have plans to undertake and do not intend to seek met met with any illness or accident, a e occurred in the family (Parents, Es; I am not pregnant. (If yes, how met)	paying passenger in an aircraft operate dertake any hazardous sport or activit dical advice or undergo medical tests and have not consulted any medical fa Brothers, Sisters).	ted by a commercial passery such as Diving, Mountains.	enger airline on a scheduled in Climbing, etc.  uding those connected with
7. 8. 9.	a. I / We do r service ove b. I / We do r Are in good he. I / We have not HIV or AIDS.  No deaths have If I am a female Smoker's details:	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route. not undertake or have plans to undertake and do not intend to seek met met with any illness or accident, a e occurred in the family (Parents, Es; I am not pregnant. (If yes, how met)	paying passenger in an aircraft operated any hazardous sport or activited dical advice or undergo medical tests and have not consulted any medical fas Brothers, Sisters).	ted by a commercial passery such as Diving, Mountains.	enger airline on a scheduled in Climbing, etc.  uding those connected with
7. 8. 9.	a. I / We do r service over b. I / We do r l / We do r l / We have not HIV or AIDS.  No deaths have l If I am a female Smoker's details:	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route. not undertake or have plans to undertath and do not intend to seek met met with any illness or accident, are occurred in the family (Parents, Ea; I am not pregnant. (If yes, how met any type of tobacco cigarettes, or	paying passenger in an aircraft operated any hazardous sport or activited dical advice or undergo medical tests and have not consulted any medical fas Brothers, Sisters).	ted by a commercial passery such as Diving, Mountains.	nger airline on a scheduled in Climbing, etc.  uding those connected with
7. 8. 9. 10.	a. I / We do reservice over b. I / We do reservice over b. I / We do reservice over b. I / We have not HIV or AIDS.  No deaths have left I am a female smoker's details:  Do you use or smoke lif yes, type  Non-smoker details:  If currently you are	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route. In the not undertake or have plans to undertake or have plans to undertake and do not intend to seek meet met with any illness or accident, are occurred in the family (Parents, Ear; I am not pregnant. (If yes, how meet any type of tobacco cigarettes, or any type of tobacco cigarettes, or anot using or smoking a tobacco	paying passenger in an aircraft operated any hazardous sport or activited dical advice or undergo medical tests and have not consulted any medical fas Brothers, Sisters).	ted by a commercial passery such as Diving, Mountains. cility, or done any tests included any tests included any type of tobaccommercial passery.	enger airline on a scheduled in Climbing, etc.  uding those connected with  YES NO  per day
7. 8. 9. 10. <b>11.</b>	a. I / We do reservice over b. I / We do reservice over b. I / We do reservice over b. I / We have not HIV or AIDS.  No deaths have left I am a female smoker's details:  Do you use or smoke lif yes, type  Non-smoker details:  If currently you are	not intend to fly other than a fare-per an established passenger route. In the not undertake or have plans to undertake or have plans to undertake and do not intend to seek meet met with any illness or accident, are occurred in the family (Parents, Ear; I am not pregnant. (If yes, how meet any type of tobacco cigarettes, or any type of tobacco cigarettes, or anot using or smoking a tobacco	paying passenger in an aircraft operated any hazardous sport or activited ical advice or undergo medical tests and have not consulted any medical fasorothers, Sisters).  The product, pipe, shisha, chewing?	ted by a commercial passery such as Diving, Mountains. cility, or done any tests included any tests included any type of tobaccommercial passery.	enger airline on a scheduled in Climbing, etc.  uding those connected with  YES NO  per day

	the quantity yo	u used t	o smoke per day?							
or how										
	long did you s	moke?								
Vhen di	id you stop?									
Vhy did	you stop?									
ceptio	ns to the Decla	ration*					l			
	No.					Details				
ease mo	ention in the be	elow tab	le the insurance detail	s of active polic	cies for both I	nsured and C	Owner (incl		ccident coverage	e) 
	Name		Company's Name	Policy No.	Amount	Date	Rating	Type of Coverage	Benefits	Amount
a) Io	surance, and that	such rein	ove answers is full, comple statement, change or issue	shall not be cons	sidered as affec	ted by reason o	of settlement	made in payment	of or on account	of the amount no
n) I co ins du its po be an	declare that each surance, and that ue until this applic a agent shall not c olicy, but not any een in force durin ny part hereof gra	such rein ation sha constitute part there g the lifet nting Disa	statement, change or issue II be duly approved by the a waiver or forfeiture, or of of granting disability or ac ime of the insured for two ability or Accident benefits.	e shall not be conscompany, and that therwise affect this cident benefits, if years from the dat	sidered as affect at the receipt, refis condition. I all reinstated or mate of this applicate	eted by reason of etention, depositions of understand industrial of the standard in such ation, except for the standard industrial of the standard industria	of settlement it or cashing that, not with n a manner to or non-payme	made in payment or any such payme standing any provi increase the risk, s ent of premium, fra	of or on account ent or settlement k isions to the contr shall become inco and willful mis	of the amount no by the company c ary in said policy, intestable after it representation, an
l c ins du its po be an	declare that each surance, and that ue until this applice agent shall not colicy, but not any leen in force during my part hereof graunderstand that coresiding in a sance	such rein cation shate constitute part there g the lifet nting Disa coverage a ctioned co	statement, change or issue Il be duly approved by the a waiver or forfeiture, or or of granting disability or ac- ime of the insured for two ability or Accident benefits. and / or payment under the buntry; or (ii) the policyhold als (SDN) list, the OFAC Se	e shall not be cons company, and that herwise affect thi cident benefits, if years from the dat insurance contra er, the insured or	sidered as affect the receipt, resist condition. I all reinstated or mate of this applic ct will NOT be person entitled	eted by reason of etention, depositions and indiffied in such action, except for made if: (i) the to receive such	of settlement it or cashing that, not with n a manner to or non-payme policyholder, n payment is	made in payment or any such payme standing any provi increase the risk, s ent of premium, fra insured, or person listed on the Office	of or on account ent or settlement be isions to the contreshall become inco- lud and willful mis a entitled to receive e of Foreign Asset	of the amount no by the company of ary in said policy, intestable after it representation, a e such payment is Control (OFAC
a) I c ins du its po be an b) I u is Sp se	declare that each surance, and that ue until this applic a gent shall not colicy, but not any een in force durin, any part hereof graunderstand that coresiding in a sanc pecially Designate ervices received ir also understand th	such rein station sha constitute part there g the lifet nting Disa coverage a ctioned coded Nationan any sandat the co	statement, change or issue Il be duly approved by the a waiver or forfeiture, or or of granting disability or ac- ime of the insured for two ability or Accident benefits. and / or payment under the buntry; or (ii) the policyhold als (SDN) list, the OFAC Se	e shall not be conscompany, and that herwise affect this cident benefits, if years from the data insurance contrater, the insured or pectorial Sanctions of pay any claim or pay	sidered as affect the receipt, resist condition. I all reinstated or mate of this applicate ct will NOT be person entitled Identifications	eted by reason of etention, depositions and indiffed in such action, except for made if: (i) the to receive such list or any interr	of settlement it or cashing that, not with a manner to or non-payme policyholder, a payment is national or local policyhold or	made in payment or any such payme standing any provi increase the risk, s ent of premium, fra insured, or person listed on the Office cal sanctions list; o	of or on account ent or settlement be isions to the control shall become income and and willful mis on entitled to receive of Foreign Asset or (iii) the payment	of the amount no by the company of ary in said policy, intestable after it representation, ar e such payment is Control (OFAC) is claimed for
) I constant in the constant i	declare that each surance, and that ue until this applic agent shall not colicy, but not any part hereof graunderstand that coresiding in a sance pecially Designate ervices received ir also understand the typose the comparata Transfer: I he cluding but not li ervice providers vevelopment of its pmpliance with or ave sufficient con	such rein ation sha constitute part there gethe lifet inting Disa overage actioned coad Nationan any sand the compton any sereby give mited to overage there were business ther law effidentialid.	statement, change or issue a waiver or forfeiture, or of of granting disability or actime of the insured for two yability or Accident benefits. and / or payment under the buntry; or (ii) the policyhold als (SDN) list, the OFAC Sectioned country.	e shall not be conscompany, and that therwise affect thic cident benefits, if years from the data insurance contrater, the insured or peterorial Sanctions to pay any claim or ble laws.  South the process SISA, MetLife but the process of the proce	sidered as affect the receipt, residence of the receipt, residence of the receipt, residence of the reinstated or material of the reinstated or material of the reinstated or material of the residence of the receipt of the r	eted by reason of tention, deposition, deposition, deposition odified in such attion, except for made if: (i) the to receive such list or any interrespondent of the control of the contro	of settlement it or cashing that, not with a manner to or non-paymen policyholder, had payment is national or local data to a usiness partry for: (i) the prompliance wopplicable to N	made in payment or any such payment or any such payment standing any provincrease the risk, sent of premium, fra insured, or person listed on the Office cal sanctions list; o ent that the provision any recipient whethers, professional a erformance of the with the applicable MetLife. MetLife w	of or on account ent or settlement is isions to the contributed and willful mis in entitled to receive of Foreign Asset or (iii) the payment is in entitled or outs advisers, insurance is Policy; (ii) assistical laws and regulatill ensure that suc	of the amount no by the company of ary in said policy, intestable after it representation, and esuch payment is Control (OFAC) is claimed for age or benefit would be brokers and/or not MetLife in the lions; or (v) for the h recipients will
) I consider the consider of the consideration of the co	declare that each surance, and that are until this applic is agent shall not colicy, but not any een in force during by part hereof graunderstand that corresiding in a sance pecially Designate ervices received in also understand the topose the comparata Transfer: I he cluding but not light ervice providers we evelopment of its ompliance with or ave sufficient configuration, and the processing or clarity, personal	such rein ation sha constitute part there g the lifet inting Disa coverage a ctitioned coad Nation. In any sand the coay to any to any to any to any to any the business ther law effidentialiti, sharing all data me	statement, change or issue a waiver or forfeiture, or of of granting disability or actime of the insured for two vability or Accident benefits. and / or payment under the puntry; or (ii) the policyhold als (SDN) list, the OFAC Sectioned country.  Impany shall not be liable to sanction under any applicate MetLife unambiguous or your Headquarters in the list of the country of the policyhold and products; (iii) improving and products; (iii) improving obligations to procure the	e shall not be conscompany, and that herwise affect thic cident benefits, if years from the dat insurance contraller, the insurance contraller, the insured or percorial Sanctions of pay any claim or ble laws.  Insurance contraller insured or percorial Sanctions of pay any claim or ble laws.  Insurance contraller insured or percorial Sanctions or pay any claim or ble laws.  Insurance contraller insured insurance in share, of sung MetLife customer or share, of sung MetLife customer confidentiality resonal data.	sidered as affect the receipt, resist condition. I all reinstated or mate of this applicate will NOT be person entitled Identifications provide any constant of the personal designers experient to sand other of the personal	eted by reason of tention, deposition, deposition, deposition odified in such action, except for made if: (i) the to receive such list or any interresponders of Benearisfer My person, Reinsurers, but is necessary ce; (iv) for the corregulations and information and information and information and interresponders.	of settlement it or cashing that, not with a manner to or non-payment is national or local data to a usiness partry for: (i) the p compliance wond provided	made in payment or any such payment or any such payment or any such payment standing any provi increase the risk, sent of premium, fra insured, or person listed on the Officeal sanctions list; on the that the provision any recipient whethers, professional areformance of the with the applicable MetLife. MetLife with the MetLife company such as the provision of the with the applicable whetlife. MetLife with the MetLife company such as the payment of the with the applicable whetlife. MetLife company such as the payment of the pa	of or on account ent or settlement be isions to the control shall become income	of the amount no by the company of ary in said policy, intestable after it representation, and e such payment is Control (OFAC) is claimed for age or benefit would be the country, the brokers and/or and MetLife in the ions; or (v) for the hir recipients will oble laws in respective.
) I constitute of the constitu	declare that each surance, and that are until this applic is agent shall not colicy, but not any een in force during my part hereof graunderstand that coresiding in a sance pecially Designate ervices received in also understand the topose the companata Transfer: I he cluding but not librarice providers we evelopment of its ompliance with or ave sufficient confirm in the confirmation of the confirmation	such rein ation sha constitute part there g the lifet inting Disa overage a coverage action in any sand and the control of the	statement, change or issue a waiver or forfeiture, or of forfeiture, or of forfeiture, or of the insured for two for granting disability or actime of the insured for two sability or Accident benefits, and / or payment under the bountry; or (ii) the policyhold als (SDN) list, the OFAC Sectioned country.  Impany shall not be liable to sanction under any applicate a MetLife unambiguous or your Headquarters in the left the believe that the transand products; (iii) improvient forcement agencies for its obligations to procure the dand transferring of that petals and ydata/information	e shall not be conscompany, and that herwise affect thicident benefits, if years from the data insurance contrager, the insured or pectorial Sanctions to pay any claim or ble laws.  Insurance contrager, the insured or pectorial Sanctions to pay any claim or ble laws.  Insurance contrager, the insured or pectorial Sanctions to pay any claim or ble laws.  In pay any claim or ble laws.	sidered as affect the receipt, residered as affect the receipt, residered and reinstated or material of the reinstated or material of the reinstated or material of the person entitled Identifications or provide any constant of the personal department of the personal of	eted by reason of tention, deposition, deposition, deposition of the tention, except for the tention, except for the tention, except for the tention of the	of settlement it or cashing that, not with a manner to or non-payme policyholder, h payment is national or local effit to the exture onal data to a usiness partry for: (i) the prompliance wooplicable to find provided the might included accept received deemed or to a cashing the process of the provided accept received the might include the deemed or to accept received the might included accept received the might include the provided accept received the	made in payment or any such payment or any such payment or any such payment or any such payment of the payment	of or on account ent or settlement is sistent to restrict the control shall become income and willful mis an entitled to receive e of Foreign Asset or (iii) the payment it is in the payment is the residue of the resi	of the amount no by the company of arry in said policy, intestable after it representation, and esuch payment is Control (OFAC is claimed for age or benefit would be prokers and/or and MetLife in the ions; or (v) for the hard recipients will ole laws in respect of the country, and the country, and the country, and the country, and the country, are brokers and/or and the country, and the country, are the country, and the country, and the country, are the country, and the country, and the country, are the country, and the country is the country of the count
l constant of the constant of	declare that each surance, and that are until this applic is agent shall not colicy, but not any een in force during my part hereof graunderstand that corresiding in a sance pecially Designate ervices received in also understand the countries of the companion of the coluding but not librarice providers we evelopment of its propose the companion of such processing or clarity, personal ontact details, dispersive authorize Marranty that the SeletLife and Lackney MS.	such rein ation sha constitute part there g the lifet inting Disa overage a coverage and the condition of th	statement, change or issue a waiver or forfeiture, or of forfeiture, or of forfeiture, or of the insured for two shillity or Accident benefits a waiver or forfeiture, or of the insured for two shillity or Accident benefits a waiver or call the policyhold als (SDN) list, the OFAC Sectioned country.  In mpany shall not be liable to sanction under any applicate a MetLife unambiguous concepts of the policyhold and products; (iii) improvious for cement agencies for its poligations to procure the and transferring of that personal products are sand products and transferring of that personal products are policy and transferring of that personal products are producted and transferring of the personal products and transferring of the personal products are producted and pr	e shall not be conscompany, and that therwise affect this cident benefits, if years from the data insurance contrater, the insured or pectorial Sanctions to pay any claim or ble laws.  In pay any claim or ble laws.  In MetLife brander of sure of sure confidentiality resonal data.  In notices via short e and any such er plaint or claim against the resonal data.	sidered as affect the receipt, residered as affect the receipt, residered and reinstated or material of the reinstated or material of the reinstated or material of the person entitled Identifications or provide any constant of the personal department of the personal of	eted by reason of tention, deposition, deposition, deposition of the tention, except for the tention, except for the tention, except for the tention of the	of settlement it or cashing that, not with a manner to or non-payme policyholder, h payment is national or local effit to the exture onal data to a usiness partry for: (i) the prompliance wooplicable to find provided the might included accept received deemed or to a cashing the process of the provided accept received the might include the deemed or to accept received the might included accept received the might include the provided accept received the	made in payment or any such payment or any such payment or any such payment or any such payment of the payment	of or on account ent or settlement is sistent to restrict the control shall become income and willful mis an entitled to receive e of Foreign Asset or (iii) the payment it is in the payment is the residue of the resi	of the amount no by the company of ary in said policy, intestable after it representation, are esuch payment is Control (OFAC) is claimed for age or benefit would be prokers and/or in the ions; or (v) for the hir recipients will pole laws in respect I information or attentions are any liability or arrived the country, in the ions; or (v) for the hir recipients will pole laws in respect I information or attentions are any liability or arrived the company of the ions; or (v) for the hir recipients will pole laws in respect to the country of the ions; or (v) for the hir recipients will pole laws in respect to the country of the ions of t
) I constitution of the co	declare that each surance, and that ue until this applice agent shall not collect, but not any per inforce during any part hereof graunderstand that corresiding in a sance of the cluding but not light and the corresides received in also understand the corresides received in also understand the corresides received in also understand the cluding but not light and the cluding but not light and the cluding but not light and the companies of the companies of the companies of the cluding but not light and the companies of the cluding but not light and the companies of the cluding but not light and the companies of the cluding but not light and the companies of the cluding but not light and the companies of the cluding but not light and the cluding arranty that the Selection and I acknowledged the cluding arranty that the Selection and I acknowledged the cluding arranty that the Selection and I acknowledged the cluding arranty that the Selection and I acknowledged the cluding arranty that the Selection and I acknowledged the cluding arranty that the Selection and I acknowledged the cluding arranty that the Selection and I acknowledged the cluding arranty that the Selection and I acknowledged the cluding arranty that the Selection and I acknowledged the cluding arranty that the Selection arranty that the	such rein ation sha constitute part there gethe lifet inting Disa overage a ctioned code and Nationa any sand at the compton any sereby give mited to over the sand at the compton and the com	statement, change or issue a waiver or forfeiture, or of or granting disability or actioned for two for granting disability or actioned for two fability or Accident benefits. and / or payment under the bountry; or (ii) the policyhold als (SDN) list, the OFAC Sectioned country.  Impany shall not be liable to sanction under any applicate and the end of	e shall not be conscompany, and that therwise affect thic cident benefits, if years from the data insurance contrater, the insured or petrorial Sanctions of pay any claim or ble laws.  Sonsent, to process USA, MetLife brander or share, of the constitutional sanche confidentiality resonal data.  Inotices via short e and any such er plaint or claim against aration:	sidered as affect the receipt, resist condition. I all reinstated or mate of this application of the person entitled Identifications are provide any constant of the personal dentifications are provided in the personal dentifications and other of the personal dentifications and other dentifications and other dentifications and other dentifications and other dentifications are dentifications.	eted by reason of tention, deposition, deposition, deposition of the tention, except for made if: (i) the to receive such list or any interrespondent of the tention of the	of settlement it or cashing that, not with a manner to or non-payment is national or local data to a usiness partry for: (i) the pocompliance wopplicable to Nond provided the might included accept reces and or or interrupt	made in payment or any such payment or any such payment or any such payment or any such payment of the such as a control	of or on account ent or settlement he isions to the contraball become income in	of the amount no by the company of ary in said policy, intestable after it representation, are esuch payment is Control (OFAC) is claimed for age or benefit would be prokers and/or in the ions; or (v) for the hir recipients will pole laws in respect I information or attentions are any liability or arrived the country, in the ions; or (v) for the hir recipients will pole laws in respect I information or attentions are any liability or arrived the company of the ions; or (v) for the hir recipients will pole laws in respect to the country of the ions; or (v) for the hir recipients will pole laws in respect to the country of the ions of t
) I constitute of the constitu	declare that each surance, and that use until this applic is agent shall not colicy, but not any peen in force during my part hereof graunderstand that corresiding in a sance pecially Designate ervices received in also understand the topose the comparata Transfer: I he cluding but not light ervice providers we evelopment of its ompliance with or ave sufficient configuration of the ervice providers of such processing or clarity, personal ontact details, distanted that the Settlife and I acknown.  A. Internal Retting and in signification in the earswer that applied that the settling and in signification in the earswer that applied that the settling and in signification is such processing that the settling and in significant in the settling and in settling and in settling and in	such rein ation sha constitute part there gethe lifet inting Disa overage a ctioned code and Nationa any sand at the compton any sereby give mited to over the sand at the compton and the com	statement, change or issue a waiver or forfeiture, or of forfigenting disability or actioned for the insured for two shillity or Accident benefits, and / or payment under the buntry; or (ii) the policyhold als (SDN) list, the OFAC Sectioned country.  Impany shall not be liable to sanction under any applicate a MetLife unambiguous conceptured for the sanction and products; (iii) improving and products; (iii) improving and transferring of that personal that it is any time.  In send me notifications and the uninterrupted or error free that I shall not file any company the applicant(s) certains and products.	e shall not be conscompany, and that therwise affect thic cident benefits, if years from the data insurance contrater, the insured or petrorial Sanctions of pay any claim or ble laws.  Sonsent, to process USA, MetLife brander or share, of the constitutional sanche confidentiality resonal data.  Inotices via short e and any such er plaint or claim against aration:	sidered as affect the receipt, residered as affect the receipt, residered as affect the receipt. The secondition of the of this application of the person entitled Identifications are provide any constant of the personal department of the	eted by reason of tention, deposition, deposition, deposition, deposition and individual	of settlement it or cashing that, not with a manner to or non-payme policyholder, he payment is national or low effit to the exture on al data to a usiness partry for: (i) the prompliance who policable to find provided the might include accept received emed or to or interrupt policant, and	made in payment or any such payment or any such payment or any such payment or any such payment of the payment	of or on account ent or settlement he isions to the contraball become income in	of the amount not by the company of ary in said policy, intestable after it is representation, are esuch payment is Control (OFAC) is claimed for age or benefit would determine the country, the brokers and/or and MetLife in the ions; or (v) for the higher respective to the control of the country in the ions; or (v) for the higher respective to the control of the country in the ions; or (v) for the higher respective to the control of the country, and the country, the country is the country of the country.

Insured

Joint Insured

Owner

Signature

Policy Owner's Signature

Plea belo		ent or misrep	rese	ntation of tax status b	y a U.S. person c	ould le	ead to penalties und	er U.S. law. If you ar	e a Ur	ited States person, fill in the details
• U.	S. Tax ID number of Applic	cant(s) & Ins	surec	l:						
• U.:	S. Tax ID number of Benef	ficiary(ies):								
1.	United States Federal Incoming IRS requires the Company	me Tax. PLEA to withhold t ation a U.S. p	ASE N ax fro erso	NOTE that if you are a om taxable income pa n is a citizen or resider	U.S. person for U yments made to y	.S. tax /ou at	purposes and fail to the rate of up to 309	provide a U.S. Tax Ic %.	dentific	ome paid to persons subject to cation Number to the Company, the ontrolled by one or more U.S. persons
F	oreign Account Tax	Complia	nce	Act (FATCA) d	eclaration:					
Th	ne Insured / Owner consen			· ·	• ,					
(!) (ii)	, , ,	d by any law	(incl	uding but not limited	to the U.S.A. Fore				y (incl	uding but not limited to the U.S.A.
(iii (iv					·			,		nfidentiality to the Permitted Parties: any agent or adviser of any of the
	"Confidential Information	ich concerns	s the	business, operations o	or customers of th	e Insu	red / Owner (includi			by whatever means either directly or act details, tax identification number /
	MetLife will deduct any	withholding	g requ	uired by the US Foreig	gn Account Tax C	ompli	ance Act ("FATCA").			
	MetLife reserves the rig	ght, within its	sole	discretion, to termina	ate the policy in t	he eve	ent that appropriate	documentation of I	nsured	l's / Owner's US or non-US status for
	information  Reason C	holder is a please pr ion where s otherwise	tax ovid the e un	e the appropriate account holder is able to obtain a T	reason A, B o	r C w not	where indicated b issue TINs to its umber. Please ex	pelow: residents plain why you ar	e una	sheet  able to provide the required  uire the collection of the TIN
Со	untry/Jurisdiction of tax residence	Tax Ide		TIN cation number	1110		lable enter , B or C	If Reason	n B Se	elected, please explain
1.										
2.										
3.										
Pleas	se complete below 4 q	uestions i	f you							
1.	Antigua and Barbuda		5.	Cyprus	untry/Jurisdicti	on of 9.	tax residence Saint Kitts and No	evis	13	Vanuatu
2.	Bahamas		6.	Dominica		10.	Saint Lucia		14.	Panama
3.	Bahrain		7.	Grenada		11.	Seychelles		15.	United Arab Emirates
4.	Barbados		8	Malta		12.	Turks and Caicos	Islands		
Que 1.	stions*:  Did you obtain residen  If 'Yes' write type of S								k	YESNO

2.	Do you hold residence rights in any other country? If 'Yes' Please mention country name below
3.	Have you spent more than 90 days in any other country (ies) during the previous year?* If "Yes" Please mention the country name below
	In which jurisdiction(s) have you filed personal income tax returns during the previous year?* Please add country name. If you didn't file income tax returns in any country please mention not applicable.
	*Mandatory to answer.
	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 account holder 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 the account holder may be tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.
	I certify that I am the Account Holder (or am authorized to sign for the Account Holder) of all the account(s) to which this form relates.
	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 <b>MetLife</b> 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 <b>MetLife</b> with a suitably updated Self-Certification and Declaration, within 90 days of such change in circumstances.
E-m	ail Declaration:
electro uninter	fications: I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices electronically (including but not limited to short massage services "SMS", emails and any other inic means or methods of communications ("notifications"). I accept receiving notifications and understand that MetLife makes no warranty that the notifications will be rupted 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 of the 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
espon	sible for non-receipt of notifications due to invalidity of the addresses or other technical problems.
ertific ully av n this a agree	ding and receiving the documents electronically: By providing my e-mail address and signing this application I agree to receive from MetLife the policy document, rate 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 evere 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 us application is correct at all times, and that it my responsibility to inform MetLife immediately should my E-mail address change or should I cease to receive the Documents. 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 ally. 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.
ackno	owledge 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 nents, I will notify MetLife immediately.
By sign docum	ing 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 writtenent. 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
	any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife. stand that although MetLife takes every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of my information.
	ent 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.
have	paid on account of charge for reinstatement, change or issue on insurance under policy number stated
above	in accordance with the provision of the conditional receipt bearing the number of this application.

## **Signatures** Signed at 20 City Country Day Month Year Full Name of Policy Signature Owner Full Name of Irrevocable Beneficiary Signature or Assignee Witness name and signature is not necessary if the customer is submitting directly to MetLife Full Name of Witness Signature / Agent Agent Code

## 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	Please send <b>original</b> documents to:	
Mail us		P.O.	. Box 371916, E	Dubai – U.A.E.			Customer Care - MetLife P.O. Box 371916	
E-mail us			Dubai – U.A.E.					
Website			www.metlife-	-gulf.com				

# طلب شهادة صحية



ف الخليج	ات التشغيلية ا	ألعمليا					قیما ینعلق بـ
		 ص ب ۳۷۱۹۱۲، دبي،			ف	<del></del>	إعادة سريان
		هاتف: 6000 10 ٤ ٩٧١+.				خطة التغيير في التغطية	التغيير في ال
Custome	rServices.	Gulf@metlife.com					إضافة مزايا
							الوثيقة رقم
إذا كنت	في المعالجة.	بالكامل لتجنب أي تأخير	. يرجى ملء هذا النموذج ا	لى الحياة الفردية الخاصة بك	على وثيقة التأمين ع عدمة العملاء لدينا.	هذا النموذج لطلب أي من التغييرات المذكورة أعلاه مدة في ملء هذا النموذج، يرجى الاتصال بممثلي خ	تعلیمات: استخدم ه بحاجة إلى أي مساء
شهادة	توقيع طلب ال	ن أمواله الخاصة. إذا تم			فع الطرف الثالث"،  في	ة من هوية صالحة وصفحة تأشيرة، (٢) نموذج "داف	المتطلبات: (١) صور
			م التوقيع بها.	الأخرى من جانب البلد التي ت	طلب والوثائق الداعمة	الإمارات العربية المتحدة، فيجب أن يتم توثيق الم	
						الله الماساة المالية	ملاحظة:
						ب الأصلي خلال ٣٠ يومًا من تاريخ التوقيع.	
					لا الجدولين	صيل المؤمن عليه بموجب الوثيقة - يرجى ملء كا	القسم ١: جميع تفاه
						وْمَّن عليه / المؤمَّن عليه المشترك / صاحب	الاسم الكامل للم
الوزن	الطول	تاريخ الميلاد	رقم بطاقة الهوية	العلاقة بصاحب الوثيقة	الجنسية	(الزوجة) / الطفل (حسب الاقتضاء)	الوثيقة/ الزوج
						الاسم الكامل	١
						الاسم الكامل	۲
						الاسم الكامل	٣
						الاسم الكامل	٤
						الاسم الكامل	0
				مة الحالية	الاقاه	La catino Hala a fallo de la cafe	11 1 1 21 31
اليومية*	الواجبات	طبيعة العمل	اسم صاحب العمل	الدولة	 المدينة	ؤمَّن عليه / المؤمَّن عليه المشترك / صاحب (الزوجة) / الطفل (حسب الاقتضاء)	
						الاسم الكامل	1
						الاسم الكامل	۲
						الاسم الكامل	٣
						الاسم الكامل	٤
						الاسم الكامل	0
			I			، خانة " الواجبات اليومية" للقوات المسلحة	* الرجاء عدم ملء
						لحالى	عنوان المراسلات ا
		ص.ب			لمدينة / البلدة	-	البلد
			رقم الشقة / الفيلا		<i>ىب</i> نى		المنطقة / الشارع
		_	البلد المنطقة	الجوال رمز		رمز البلد 👤 رمز المنطقة 🔔	الهاتف
							∟ البريد الإلكتروني
							-
						: (يرجى وضع علامة في كل مربع للتأكيد) يقوم	
			القسم.	فرارات" الوارد في نهاية هذا	جزء "استثناءات الإق	جزء من الإقرارات، فيرجي تقديم التفاصيل في	* إذا تعذر تأكيد أي
ن في هذه	لاه والمشمولير	ؤمن عليهم المذكورين أعا	لمذكورة، فإنني وجميع الم	نذ تاريخ توقيع طلب الوثيقة ا	الموقع أدناه، بأنه ما		أقر أنا
							الوثيقة:
					K	: نعم	١. تفاصيل الدفع
						لوثيقة بالدفع من أمواله الخاصة؟	هل يقوم صاحب ا
						, "لا"، يرجى المتابعة لإكمال نص المخول بالدفع" بشكل منفصل	
						, "نعم"، يرجى المتابعة لإكمال التفاصيل أدناه:	إذا كانت الإجابة هي
					سط	ل حسابك البنكي، والتي سوف تستخدمها لدفع القه	یرجی تقدیم تفاصیا

التوقيع

التوقيع

					اسم البنك
					فرع البنك وعنوانه:
					البلد
					اسم الحساب
					رقم الحساب
			ه مربعات IBAN)	ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	قم IBAN (ملاحظة: حسب منطقتك، قد لا ت
		ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا	الثالث" لكل من الأفراد والش	ب في "نموذج دافع الطرف	ملاحظة: يرجى مراجعة قسم تفاصيل الحساد
	المبلغ			العملة	۲. الدخل السنوي في آخر ۱۲ شهرًا.
		نة، أو الهوايات.	عمل، أو الوضع المالي، أو المه	محل الإقامة، أو طبيعة ال	 ٣.
المبلغ أو السعر.	أو سحبه أو تعديله عينيًا أو في ا	ن، والذي تم رفضه أو تأجيله	نيير في الخطة أو إعادة سريا	ول على تأمين جديد أو ته	٤. الم أتقدم / نتقدم بطلب للحص
				لاثني عشر شهرًا القادمة.	<ul> <li>ه. لا أعتزم / نعتزم السفر خلال ا</li> </ul>
				سفر:	ذا كانت الإجابة هي "نعم"، فإليك تفاصيل الى
المدة	الغرض	البلد / المدينة	الوجهة - ا	ل	الاسم الكام
ا.	Harry all and all and		7-177 th 1- 7 < :		1681 : 11
رەب.	مجدولة عبر مسارات محددة للر				<ul> <li>٦.</li></ul>
		ص ونستق الجبال، إلح.			ر.
نقص المناعة البشرية أو الإيدز.	ا فى ذلك تلك المرتبطة بفيروس	عری / نجری أی فحوصات بم			ه.
	-				.١٠. اذا كنت أنثى؛ فأنا لست حامل
					۱۱. 📗 لا وفيات حدثت في العائلة"(اا
					<sub>۱۲</sub> . تفاصیل تتعلق بالمدخنین:
نعم لا			ون، أو الشيشة، أو المضغ؟ .	تبغ، أو السجائر، أو الغلي	هل تستخدم أو تدخن أي نوع من اا
في اليوم	الكمية				إذا كانت الإجابة هي "نعم"، اكتب
					بيانات غير المدخنين
		ع من التبغ	ن دخنت أو استخدمت أي نو		إذا كنت لا تستخدم أو تدخن حاليًا (السجائر، السيجار، الشيشة، الغليو
صاحب الوثيقة	المؤمِّن عليه المشترك	المؤمَّن عليه			
			_	c II	ما هو نوع التدخين الذي تستخدمه؟ ما هي الكمية التي استخدمتها للتدخين في
				اليوم:	ما هي الدمية التي استحدمتها للتدحين في ما هي المدة التي كنت تدخن فيها؟
					متى توقفت عن التدخين؟
					ولماذا توقفت؟
التوقيع	ثيقة	توقيع صاحب الو	التوقيع		توقيع المؤمن عليه المشارك (حثما بنطبة)

## استثناءات الإقرار\* التفاصيل الرقم يرجى التوضيح في الجدول أدناه تفاصيل التأمين الخاصة بالوثائق النشطة لكل من المؤمن عليه وصاحب الوثيقة (بما في ذلك تغطية الحوادث الشخصية**)** المزايا الاسم المبلغ نوع التغطية التصنيف تاريخ التغطية المبلغ رقم الوثيقة اسم الشركة الاقرارات أقر بأنني الشخص المذكور اسمه ليكون هو المؤمن عليه المقترح وأن البيانات والإجابات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي، وأؤكد أنها مسجلة بشكل (أ) صحيح وأنها على حالتها وتشكل جزءًا من طلب التأمين على حياتي المقدم للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف). أقر وأتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان حامل الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيمًا في دولة مفروض عليه عقوبات؛ (٢) كان حامل الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجًا اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل مهم تجاريًا الّخاصة بمكتب مراّقبة الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخّرى؛ (٣) كانت المطالبة سداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة أدرك كذلك أن 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 يعرض الشركة إلى عقوبة بموجب أى قوانين معمول بها. تحويل البيانات: أنا أمنح متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتك الشخصية الى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شُركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، شركاتها الشقيقة ، شركات إعادة التأمين، شُركائنا في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مرودي الحدمات عندما تعتقد متلايف بأن نقلؔ أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى متلايَّف، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الاخرى لدى جهاّت تنفيذ القانون ذات الصلَّةَ بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لمتلايف. متلايفف تضُمن بأن يلتزم المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضّمان سرية بياناتك الشخصية، كذّلك فإن متلايف نؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية. لغايات التوضيح، تعني بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بكُ و/أو عائلتك والتي قد تحتّوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية او معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت. أفوض، بموجب هذه الوثيقة، شركة متلايف بإرسال إخطارات وإشعارات إليّ عبر خدمة الرسائل القصيرة «SMS» وأوافق على تلقي الرسائل القصيرة وأدرك أن شركة متلايف لا تَضَمَن عَدْم تَقَطع الرسَّائَل أو خَلوها من الأخُطَّاء وأُن أي خَطأ أُو تقطّع من هذا القبيل لا يعتبر أو يعاملٌ بأي شكل من الأشكال على نحو يضع أي مسَّوُوليةٌ على شرّكة متلايف وأقر بأنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد شركة متلايف عن أي خطأ أو تقطع في الرسائل القصيرة أو لأي سبب يتعلق بتلقي أو عدم تلقي الرسائل القصيرة. إقرار دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية (IRS) يشهد مقدم الطلب (الطلبات)، لدى تقديم هذا النموذج وتوقيعه، بأن المؤمن عليه والمؤمن عليه المشترك ومقدم الطلب وأي مستفيد (مستفيدين) معين: (حدد الإجابة التي تنطبق) ليس مواطنًا أمريكيًا مواطنًا أمريكيًا لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية (١) (٢) يوافق مقدم الطلب (مقدمو الطلبات) على إبلاغ الشركة في غضون ثلاثين (٣٠) يومًا من معرفة مقدم الطلب بهذا التغيير في المعلومات. إذا أصبح مقدم الطلب (مقدمو الطلبات) أو أي مستفيد معين مواطنًا أمريكيًا لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالي الأمريكية أو إذا قام مقدم الطلب بالتنازل عن وثيقة التأمين إلى ذلك المواطن الأمريكي. يرجى ملاحظة أن تقديم أي بيان كاذب أو محرف للحالة الضريبية من قبل مواطن أمريكي قد يؤدي إلى فرض عقوبات بموجب قانون الولايات المتحدة. إذا كنت مواطنًا أمريكيًا، فاملأ التفاصيل أدناه:

- ١. هذا السؤال لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية. تتطلب دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية من الشركة الإفصاح عن الدخل الخاضع للضريبة المدفوع لأشخاص يخضعون لضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية. يرجى ملاحظة أنه إذا كنت مواطنًا أمريكيًا لأغراض الضريبة في الولايات المتحدة ولم تقدم رقم التعريف الضريبي الأمريكي للشركة، فإن دائرة الإيرادات الداخلية تطلب من الشركة اقتطاع الضريبة من مدفوعات الدخل الخاضعة للضريبة التي تم دفعها إليك بنسبة تصل إلى ٣٠٪.
- ٢. لأغراض هذا الإقرار، الشخص الأمريكي هو مواطن أمريكي أو شخص مقيم في الولايات المتحدة، أو شراكة بالولايات المتحدة، أو شراكة بالولايات المتحدة، أو شركة إدارة أموال يسيطر عليها شخص أمريكي واحد أو أكثر تخضع لإشراف محكمة أمريكية.

المشارك	عليه	والمؤمن	عليه	لمؤمن	قيع ا
			(	ينطبق	حيثما

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي للمستفيد (المستفيدين):

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي لمقدم الطلب (مقدمي الطلبات) والمؤمن عليه:

## اقرار قانون الامتثال الضريبى للحسابات الاجنبية FATCA

يوافق المؤمن عليه / صاحب الوثيقة على اطلاع متلايف وموظفيها ووكلائها عن أي معلومات سرية إلى:

- (١) أي عضو في المجموعة وممثلي متلايف في أي ولاية قضائية (ويشار إليهم مع متلايف بلفظ "الأطراف المسموح بها")؛
- (٢) أي شخص وفقًا لما يقتضيه أي قانون (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية) أو سلطة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر دائرة الإيرادات الداخلية الامريكية) لها اختصاص على أي من الأطراف المسموح بها؛
  - (٣) المستشارون المهنيون، وشركة التأمين، ومعيد التأمين أو وسيط التأمين ومقدمو الخدمات للأطراف المسموح بها الذين يقع عليهم واجب السرية تجاه الأطراف المسموح بها؛
    - (٤) أي متنازل إليه أو محال له أو منقول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بأي من حقوق و / أو التزامات متلايف بموجب هذه الوثيقة (أو أي وكيل أو مستشار لأي مما سبق)؛

"المعلومات السرية" تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه / صاحب الوثيقة (سواء كانت محددة على أنها "سرية" أم لا) والتي تم الإفصاح عنها بأي وسيلة إما بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تتعلق بأعمال أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه / صاحب الوثيقة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، تفاصيل الاتصال، أو رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي، أو أرصدة / أنشطة الحساب أو أي معاملات تتم مع متلايف)."

تقوم متلايف بخصم أي اقتطاع مطلوب بموجب قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الولايات المتحدة ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق، وفق مطلق تقديرها، في إنهاء الوثيقة في حالة عدم تقديم الوثائق المناسبة لوضع المؤمن عليه / صاحب الوثيقة من حيث كونه مواطنًا أمريكيًا أو غير أمريكي

لأغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الوقت المناسب إلى متلايف. على وجه الخصوص، في حالة حظر القوانين أو اللوائح المحلية المعمول بها الاقتطاع من الحساب أو حظر الإبلاغ المالي عن الحساب، ولم يتم الحصول على أي إعفاء من هذا القانون المحلي، تحتفظ متلايف بالحق في إغلاق ذلك الحساب.

## إقرارات معيار الإبلاغ المشترك

يرجى إكمال الجدول التالي الذي يشير إلى (١) الموطن الضريبي لصاحب الحساب و(٢) رقم التعريف الضريبي لصاحب الحساب لكل بلد / ولاية قضائية محددة.

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيمًا لأغراض الضريبة فى أكثر من ثلاث بلدان / ولايات قضائية، فيرجى استخدام ورقة منفصلة

إذا لم يتوفر رقم التعريف الضريبي، يرجى ذكر السبب المناسب "أ" أو "ب" أو "ج" على النحو الوارد أدناه:

البلد / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر رقم تعريف ضريبي للمقيمين بها

يتعذر على صاحب الحساب الحصول على رقم تعريف ضريبي أو رقم معادل. يرجى توضيح سبب عدم قدرتك على توفير المعلومات المطلوبة

رقم التعريّف الضريبي غير مطلوب (ملاحظة: يرجى تحديد هذا السبب فقط إذا كان القانون المحلي للولاية القضائية ذات الصلة لا يتطلب الحصول على رقم التعريف الضريبي الصّادر عن هذه الولاية القضائية)ً.

إذا تم اختيار السبب "ب"، فيرجى التوضيح	إذا لم يتوفر رقم العريف الضريبي، أدخل السبب "أ" أو "ب" أو "ج"	TIN رقم التعريف الضريبي	البلد / الولاية القضائية للإقامة الضريبية
			1.
			۲.
			٣.

يرجى إكمال الأربعة أسئلة أدناه إذا كنت مقيماً لأغراض الضريبة في أحد البلدان التالية

دولة/ولاية الإقامة الضريبية							
فانواتو	-18	سانت کیتس ونیفیس	-9	قبرص	_0	أنتيغوا وبربودا	-1
بنما	-18	سانت لوسیا	-1•	دومینیکا	٦-	جزر البهاما	-٢
الإمارات العربية المتحدة	-10	سیشیل	-11	غرينادا	-V	البحرين	-٣
		جزر ترکس وکایکوس	-14	مالطا	-۸	باربادوس	٤- ٤

## الأس

		ىئلة:
نعم	هل حصلت على حقوق الإقامة بموجب برنامج الحصول على الجنسية عن طريق الاستثمار (CBI)/الإقامة عن طريق الاستثمار (RBI) ؟* إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر نوع البرنامج أدناه	۱.
نعم	هل لديك حق الإقامة في أي دولة أخرى؟ إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه	۲.
نعم	هل قضيت أكثر من ٩٠ يومًا في أي دولة (دول ) أخرى خلال العام السابق؟ إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه	۳.
التوقيع	ع المؤمن عليه والمؤمن عليه المشارك التوقيع	

. في أي ولاية (ولايات) قضائية قدمت إقرارات ضريبة الدخل الشخصية خلال العام السابق؟ \* رجاءً إضافة اسم الدولة. إذا لم تكن قد قدمت إقرارات ضريبة الدخل في أي دولة، يرجى ذكر أن هذا البند لا ينطبق.

\*يلزم الإجابة.

أدرك أن المعلومات التي قدمتها تخضع للأحكام الكاملة للبنود والشروط التي تحكم علاقة صاحب الحساب مع متلايف والتي تحدد كيفية قيام متلايف باستخدام ومشاركة المعلومات التي أقدمها.

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج والمعلومات المتعلقة بصاحب الحساب وأي حساب <sub>(</sub>حسابات) قد يتم الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد / الولاية القضائية التي يتم الاحتفاظ فيها بهذا الحساب (الحسابات) وتبادله مع السلطات الضريبية لبلد (بلدان) / ولاية (ولايات) قضائية أخرى يخضع فيها صاحب الحساب للضرائب بموجب اتفاقيات حكومية دولية لتبادل معلومات الحساب المالي..

اقر بأنني صاحب الحساب ( أو مخول بالتوقيع بالنيابة عن صاحب الحساب) عن الحساب أو الحسابات المتعلقة بهذا النموذج.

أقر بأن جميع البيانات الواردة في هذا الإقرار، على حد علمي واعتقادي، صحيحة وكاملة

أتعهد بإبلاغ متلايف بأي تغيير في الظروف من شأنه أن يؤثر على حالة الإقامة الضريبية للشخص المحدد في الطلب أو في هذا النموذج أو يجعل المعلومات الواردة في هذا النموذج غير صحيحة أو غير كاملة، كما أتعهد بتزويد متلايف بإقرار وتصديق ذاتي محدّث حسب الأصول في غضون ٩٠ يومًا من هذا التغيير في الظروف.

## إقرار البريد الإلكتروني:

- ١. الإشعارات: أخول بموجبه متلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات إلكترونيًا ربما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، خدمة الرسائل النصية القصيرة "SMS" ورسائل البريد الإلكتروني وأي وسيلة أو وسائل إلكترونية أخرى للاتصالات والمراسلات ("الإشعارات"). وأوافق على تلقي الإشعارات وأدرك أن متلايف لا تقدم أي ضمانات بأن الإشعارات لن تتوقف أو تخلو من الأشكال كمصدر لخلق أي مسؤولية على متلايف، وأقر أنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد متلايف عن أي خطأ في الإشعارات أو توقف لها أو لأي سبب يتعلق بتلقي / عدم تلقي تلك الإشعارات. كما لا تتحمل متلايف أي مسؤولية عن عدم تلقي الإشعارات بسبب عدم صلاحية العناوين أو أي مشاكل فنية أخرى.
- ـ إرسال الوثائق واستلامها إلكترونياً: من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني وتوقيع هذا الطلب، أوافق على استلام وثيقة التأمين والشهادة و / أو أي مستندات أخرى من متلايف وإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بالوثيقة ("الوثائق") إلى متلايف عبر البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). أدرك تمامًا أنه بموجب اختيار هذه الوسيلة الإلكترونية لإرسال المعلومات والوثائق أو استلامها، فإنني أتحمل مسؤولية التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته في هذا الطلب في جميع الأوقات، كما أتحمل مسؤولية إبلاغ متلايف على الفور في حال تغيير عنوان البريد الإلكتروني أو التوقف عن استلام الوثائق. أوافق على أن جميع المعلومات والوثائق المرسلة إلى عنوان بريدي الإلكتروني أو المستلمة منه على النحو الوارد في هذا الطلب تعتبر صالحة وتُعبر عني أو مرسلة لي شخصيًا. ولا تتحمل متلايف مسؤولية عدم استلام رسائل البريد الإلكتروني بسبب عناوين البريد الإلكتروني غير الصالحة أو أي مشكلات فنية أخرى تتعلق بخدمة البريد الإلكتروني.

أقر بأنه إذا اخترت تغيير عنوان بريدي الإلكتروني الخاص بالمراسلة مع متلايف، أو إذا كنت أرغب في استلام نسخة ورقية من الوثائق، أو إذا لم أتسلم الوثائق المطلوبة، فسوف أخطر متلايف على الفور.بتوقيع هذا الطلب أدرك وأوافق على أنه إذا كنت أرغب في التوقف عن استلام الوثائق إلكترونيًا، فإنه يجب على إلغاء هذا التفويض من خلال مستند كتابي آخر. وبتوقيع هذا الطلب أيضًا، أقر بأنني قد قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام الخاصة بمتلايف والمتوفرة على www.metlife. com/about/privacy وسأقوم بمراجعة أي شروط استخدام أو بيان خصوصية لأي من مقدمي الخدمات في المستقبل ممن تستعين بهم متلايف.

أدرك أنه على الرغم من اتخاذ متلايف كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، لا تضمن متلايف سلامة معلوماتي. أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم إدراجه في قائمة البريد الإلكتروني لمتلايف وأقبل أي مخاطر كامنة تتعلق باتصالات البريد الإلكتروني.

من أجل اعادة السريان ،تغيير،أو اصدار التغطية تحت البوليصة المذكوره اعلاه بموجب شروط ايصال الدفع		قد قمت بدفع
	رقم هذا النموذج.	<u> </u>

توقيع المؤمن عليه والمؤمن عليه المشارك (حيثما ينطبق)

التوقيع صاحب ال

التوقيع

		التوقيع
يوم يوم شهر سنة سنة السنة	البلد	موقع في المدينة
التوقيع 🗙	الاسم الكامل بخط اليد	الاسم الكامل لصاحب الوثيقة
التوقيع 🗙	الاسم الكامل بخط اليد	الاسم الكامل للمستفيد أو المتنازل إليه غير القابل للتغيير والمؤمن عليه المشارك
		اسم الشاهد والتوقيع ليس ضروريًا إذا قدم العميل لمتلايف مباشرة
التوقيع 🗙	الاسم الكامل بخط اليد	الاسم الكامل للشاهد / الوكيل
		رمز الوكيل

## هل بحاجة إلى مساعدة؟

							س بحرجہ ہی ست
كيفية تقديم النموذج	كيفية الاتصال بنا						
	أي دولة أخرى	قطر	البحرين	عمان	الكويت	الإمارات	البلد
يرجى إرسال <b>الوثائق</b> الأصلية إلى:	+9V1 & 810 8000	۸۰۰ ۹۷۱۱	۸۰۰۰۸۰۳۳	۸۰۰ ۷۰۷۰۸	+970 ۲ ۲۰۸ 9۳۳۳	متلایف - ۸۰۰ (۱۳۳۵ - ۸۰۰)	اتصل بنا
ر <b>عاية العملاء -</b> متلايف	صندوق بريد ٣٧١٩١٦، دبي ـ الإمارات العربية المتحدة						
صندوق بريد ٣٧١٩١٦ دبي - الإمارات العربية المتحدة	CustomerServices.Gulf@metlife.com						راسلنا عبر البريد الإلكتروني
	www.metlife-gulf.com					الموقع الإلكتروني	

أمريكان لايف انشورنس كومباني ـمسجلة في دولة الإمارات العربية المتحدة بموجب القانون الإتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧، تحت رقم تسجيل ٣٤ في البنك المركزي ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية برخصة رقم ٢٠٥٣٢٩