

## IFA Application Form نموذج طلب المستشار المالي المستقل Bahrain البحرين

رقم البوليصة Policy No.	<input type="text"/>	IFA Name	<input type="text"/>	اسم المستشار المالي المستقل
رمز المستشار المالي Financial Advisor Code	<input type="text"/>	Financial Advisor Name	<input type="text"/>	اسم المستشار المالي

▶ All sections in the form are required to be completed  
▶ Please use BLOCK LETTERS to fill in the form

◀ يجب ملء جميع الأقسام في النموذج  
◀ الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح

### 1. Proposed Insured details (as shown in the identification document) 1. تفاصيل الشخص المطلوب التأمين عليه (كما في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name	<input type="text"/>	إسم الوالد Middle Name	<input type="text"/>	الشهرة Last Name	<input type="text"/>
الجنس Gender	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	الحالة الإجتماعية Marital Status	<input type="checkbox"/> أعزب Single	<input type="checkbox"/> متزوج Married
مدينة الولادة City of Birth	<input type="text"/>	بلد الولادة Country of Birth	<input type="text"/>	تاريخ الميلاد Date of Birth	<input type="text"/>
يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>		
صلة القربى بمالك البوليصة Relationship to Policy Owner	<input type="text"/>				

#### Residency\* الإقامة\*

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

\*الإقامة\* هي أي مكان قد 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.

#### Occupation المهنة

المسمى الوظيفي Employment Status	<input type="checkbox"/> موظف Employee	<input type="checkbox"/> صاحب العمل Self-employed	<input type="checkbox"/> ربة منزل Homemaker	<input type="checkbox"/> غير موظف / طالب / معال Unemployed/Student/Dependent
الموقع الوظيفي Position / Title	<input type="text"/>		طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties	<input type="text"/>
إسم صاحب العمل/الشركة Employer's/Company's Name	<input type="text"/>			

#### Income الدخل

Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD معدل الدخل السنوي المكتسب خلال 3 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 (إن وجد) Other sources of Income (if any)	مصدر الدخل Source	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>	

#### Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة Country	<input type="text"/>	المدينة/الامارة City / Town	<input type="text"/>	ص. ب. P.O. Box	<input type="text"/>
المنطقة/الشارع Area / Street	<input type="text"/>	المبنى Building	<input type="text"/>	شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.	<input type="text"/>
الهاتف Telephone	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني E-mail	<input type="text"/>		

#### Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي

الدولة Country	<input type="text"/>	المدينة/الامارة City / Town	<input type="text"/>	ص. ب. P.O. Box	<input type="text"/>
المنطقة/الشارع Area / Street	<input type="text"/>	المبنى Building	<input type="text"/>	شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.	<input type="text"/>
الهاتف Telephone	<input type="text"/>	الهاتف المتحرك Mobile	<input type="text"/>		

## 2. Applicant / Policy Owner details

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

٢. تفاصيل مقدم الطلب / مالك البوليصة  
(إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه - كما في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name	<input type="text"/>	إسم الوالد Middle Name	<input type="text"/>	الشهرة Last Name	<input type="text"/>								
الجنس Gender	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	الحالة الإجتماعية Marital Status	<input type="checkbox"/> أعزب Single	<input type="checkbox"/> متزوج Married	تاريخ الميلاد Date of Birth	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
مدينة الولادة City of Birth	<input type="text"/>			بلد الولادة Country of Birth	<input type="text"/>								
يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>										

### Residency\* الإقامة\*

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

\*"الإقامة" هي أي مكان قد 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.

### Occupation المهنة

المسمى الوظيفي Employment Status	<input type="checkbox"/> موظف Employee	<input type="checkbox"/> صاحب العمل Self-employed	<input type="checkbox"/> ربة منزل Homemaker	<input type="checkbox"/> غير موظف / طالب / معال Unemployed/Student/Dependent	
الموقع الوظيفي Position / Title	<input type="text"/>			طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties	<input type="text"/>
إسم صاحب العمل/ الشركة Employer's/Company's Name	<input type="text"/>				

### Income الدخل

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 (إن وجد) Other sources of Income (if any)	مصدر الدخل Source	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>	

### Personal Banking Details تفاصيل البنك الشخصية

إسم البنك Name of the Bank	<input type="text"/>	العنوان Address	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

### Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة Country	<input type="text"/>	المدينة/الامارة City / Town	<input type="text"/>	ص.ب. P.O. Box	<input type="text"/>		
المنطقة/الشارع Area / Street	<input type="text"/>	المبنى Building	<input type="text"/>	شقة/ فيلا رقم Flat / Villa No.	<input type="text"/>		
الهاتف Telephone	رمز البلد Country Code	-	رمز المنطقة Area Code	-	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني E-mail	<input type="text"/>

### Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي

الدولة Country	<input type="text"/>	المدينة/الامارة City / Town	<input type="text"/>	ص.ب. P.O. Box	<input type="text"/>						
المنطقة/الشارع Area / Street	<input type="text"/>	المبنى Building	<input type="text"/>	شقة/ فيلا رقم Flat / Villa No.	<input type="text"/>						
الهاتف Telephone	رمز البلد Country Code	-	رمز المنطقة Area Code	-	<input type="text"/>	الهاتف المتحرك Mobile	رمز البلد Country Code	-	رمز المنطقة Area Code	-	<input type="text"/>

## 3. Send correspondence to

٣. إرسال المراسلات إلى

<input type="checkbox"/> عنوان الإقامة Residence	<input type="checkbox"/> عنوان العمل Work	<input type="checkbox"/> آخر Other	يرجى الشرح إذا اخترت آخر If Other, please provide	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

**4. Assets & Liabilities** (Note: Please complete sections 4 to 6 if the annual premium on this application and your existing policies if any, amount to \$10,000 and above or if the total death benefit is \$1 Million and above.)

٤. الأصول و الديون (ملاحظة: يرجى إكمال الأقسام من ٤ إلى ٦ إذا كان القسط السنوي على هذا الطلب و البوالص الحالية الخاصة بك، (إن وُجد)، تصل إلى ١٠,٠٠٠ دولار وما فوق أو إذا كانت المنفعة الإجمالية للوفاة هي مليون دولار وما فوق).

**Assets (at market value) (بالقيمة السوقية)**

النقدية بالمصارف Cash in Bank(s)	\$
الأسهم والسندات Shares & Bonds	\$
ممتلكات شخصية (سيارات، أثاث، مجوهرات و غيرها) Personal Property (auto, furniture, jewelry, etc..)	\$
أصول أخرى (يرجى ذكرها) Other Assets (Please define)	\$
<b>الإجمالي Total</b>	\$

**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 فوائد مستحقة Taxes and Interest Due	\$
قروض للتأمين على الحياة Loans of Life Insurance	\$
ديون أخرى (يرجى ذكرها) Other Liabilities (please define)	\$
<b>الإجمالي Total</b>	\$

**5. Personal / Business Banking References**

**٥. المراجع المصرفية الشخصية / التجارية**

ايبان / رقم الحساب IBAN & Account Number			
البنك Bank		العنوان Address	
هل توافق بالرجوع إلى تلك البنوك إذا لزم الأمر، بغرض تقييم طلبكم؟ Do you agree referring to them, if necessary, for the purpose of assessing your Application?	نعم YES	لا NO	هل توافق بالرجوع إلى تلك البنوك إذا لزم الأمر، بغرض تقييم طلبكم؟ Do you agree referring to them, if necessary, for the purpose of assessing your Application?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
إذا كانت الإجابة 'لا'، يرجى التوضيح If 'no', please explain			

**6. Are there any suits pending or judgements against you at this time?**

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

نعم YES	لا NO	هل توجد دعاوى قضائية أو أحكام معلقة ضدك في هذا الوقت؟ Do you have any suits pending or judgements against you at this time?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم التفاصيل الكاملة If 'yes', please provide complete details		

**7. Does the Proposed Insured and / or Policy Owner have any existing insurance?**

**٧. هل يوجد لدى الشخص المطلوب التأمين عليه و / أو مالك البوليصة أية بوالص تأمين أخرى؟**

If 'YES', please provide full details on the table below:

إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل كاملة في الجدول أدناه:

رقم البوليصة Policy No.	نوع التغطية (الحياة، الحوادث والصحة، الاستثمار) Type of Coverage (Life, Accident & Health, Investment)	الإسم Name	الشركة Company	تاريخ النفاذ Effective Date	مبلغ التغطية Coverage Amount	القسط السنوي Annual Premium

8. Schedule of Benefits and Premiums (in US Dollars)

٨. جدول المنافع والأقساط (بالدولار الأمريكي)

Premium

القسط

Issue Age	Premium for 10 year Term						
	Sum Assured (USD)						
	25,000	50,000	75,000	100,000	125,000	150,000	200,000
18 to 30	1,250	2,500	3,750	5,000	6,250	7,500	10,000
31 to 35	1,625	3,250	4,875	6,500	8,125	9,750	13,000
36 to 40	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000	16,000
41 to 45	2,500	5,000	7,500	10,000	12,500	15,000	-
46 to 50	3,250	6,500	9,750	13,000	16,250	19,500	-
51 to 55	5,000	10,000	15,000	20,000	25,000	30,000	-

السنة عند الإصدار	القسط لمدة ١٠ سنوات						
	مبلغ التأمين (دولار أمريكي)						
	٢٠٠,٠٠٠	١٥٠,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٧٥,٠٠٠	٥٠,٠٠٠	٢٥,٠٠٠
من ١٨ إلى ٣٠	١٠,٠٠٠	٧,٥٠٠	٦,٢٥٠	٥,٠٠٠	٣,٧٥٠	٢,٥٠٠	١,٢٥٠
من ٣١ إلى ٣٥	١٢,٠٠٠	٩,٧٥٠	٨,١٢٥	٦,٥٠٠	٤,٨٧٥	٣,٢٥٠	١,٦٢٥
من ٣٦ إلى ٤٠	١٦,٠٠٠	١٢,٠٠٠	١٠,٠٠٠	٨,٠٠٠	٦,٠٠٠	٤,٠٠٠	٢,٠٠٠
من ٤١ إلى ٤٥	-	١٥,٠٠٠	١٢,٥٠٠	١٠,٠٠٠	٧,٥٠٠	٥,٠٠٠	٢,٥٠٠
من ٤٦ إلى ٥٠	-	١٩,٥٠٠	١٦,٢٥٠	١٣,٠٠٠	٩,٧٥٠	٦,٥٠٠	٣,٢٥٠
من ٥١ إلى ٥٥	-	٣٠,٠٠٠	٢٥,٠٠٠	٢٠,٠٠٠	١٥,٠٠٠	١٠,٠٠٠	٥,٠٠٠

Issue Age	Premium for 15 year Term						
	Sum Assured (USD)						
	25,000	50,000	75,000	100,000	125,000	150,000	200,000
18 to 30	-	1,750	2,625	3,500	4,375	5,250	7,000
31 to 35	-	2,250	3,375	4,500	5,625	6,750	9,000
36 to 40	1,500	3,000	4,500	6,000	7,500	9,000	12,000
41 to 45	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000	-
46 to 50	3,000	6,000	9,000	12,000	15,000	18,000	-
51 to 55	3,500	7,000	10,500	14,000	17,500	21,000	-

السنة عند الإصدار	القسط لمدة ١٥ سنة						
	مبلغ التأمين (دولار أمريكي)						
	٢٠٠,٠٠٠	١٥٠,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٧٥,٠٠٠	٥٠,٠٠٠	٢٥,٠٠٠
من ١٨ إلى ٣٠	٧,٠٠٠	٥,٢٥٠	٤,٣٧٥	٣,٥٠٠	٢,٦٢٥	١,٧٥٠	-
من ٣١ إلى ٣٥	٩,٠٠٠	٦,٧٥٠	٥,٦٢٥	٤,٥٠٠	٣,٣٧٥	٢,٢٥٠	-
من ٣٦ إلى ٤٠	١٢,٠٠٠	٩,٠٠٠	٧,٥٠٠	٦,٠٠٠	٤,٥٠٠	٣,٠٠٠	١,٥٠٠
من ٤١ إلى ٤٥	-	١٢,٠٠٠	١٠,٠٠٠	٨,٠٠٠	٦,٠٠٠	٤,٠٠٠	٢,٠٠٠
من ٤٦ إلى ٥٠	-	١٨,٠٠٠	١٥,٠٠٠	١٢,٠٠٠	٩,٠٠٠	٦,٠٠٠	٣,٠٠٠
من ٥١ إلى ٥٥	-	٢١,٠٠٠	١٧,٥٠٠	١٤,٠٠٠	١٠,٥٠٠	٧,٠٠٠	٣,٥٠٠

Issue Age	Premium for 20 year Term						
	Sum Assured (USD)						
	25,000	50,000	75,000	100,000	125,000	150,000	200,000
18 to 30	-	1,250	1,875	2,500	3,125	3,750	5,000
31 to 35	-	2,000	3,000	4,000	5,000	6,000	8,000
36 to 40	1,375	2,750	4,125	5,500	6,875	8,250	11,000
41 to 45	1,750	3,500	5,250	7,000	8,750	10,500	-
46 to 50	2,250	4,500	6,750	9,000	11,250	13,500	-

السنة عند الإصدار	القسط لمدة ٢٠ سنة						
	مبلغ التأمين (دولار أمريكي)						
	٢٠٠,٠٠٠	١٥٠,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	٧٥,٠٠٠	٥٠,٠٠٠	٢٥,٠٠٠
من ١٨ إلى ٣٠	٥,٠٠٠	٣,٧٥٠	٣,١٢٥	٢,٥٠٠	١,٨٧٥	١,٢٥٠	-
من ٣١ إلى ٣٥	٨,٠٠٠	٦,٠٠٠	٥,٠٠٠	٤,٠٠٠	٣,٠٠٠	٢,٠٠٠	-
من ٣٦ إلى ٤٠	١١,٠٠٠	٨,٢٥٠	٦,٨٧٥	٥,٥٠٠	٤,١٢٥	٢,٧٥٠	١,٣٧٥
من ٤١ إلى ٤٥	-	١٠,٥٠٠	٨,٧٥٠	٧,٠٠٠	٥,٢٥٠	٣,٥٠٠	١,٧٥٠
من ٤٦ إلى ٥٠	-	١٣,٥٠٠	١١,٢٥٠	٩,٠٠٠	٦,٧٥٠	٤,٥٠٠	٢,٢٥٠

9. Payment and Plan Information

٩. طرق الدفع والمعلومات المتعلقة بالبرنامج

Mode of Payment

شهري  
Monthly

ربع سنوي  
Quarterly

نصف سنوي  
Semi-annual

سنوي  
Annual

طريقة دفع الأقساط

Benefit Selected

المنفعة المختارة

Annual Premium

القسط السنوي

**Details of Payment:****تفاصيل الدفع:**

Is the Policy Owner making the payments from their own bank account?

نعم YES	لا NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل يقوم مالك البوليصة بإجراء الدفعات من حساب البنك الخاص به؟

If No, please proceed to complete "Third Party Payor" Form or the Credit Card Authorization Form, as applicable, separately.

إذا كانت الإجابة "لا"، فالرجاء استكمال نموذج "الطرف الثالث للدفع" أو نموذج تفويض بطاقة الائتمان، حيثما ينطبق، بشكل منفصل.

If Yes, please complete the below details:

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى استكمال التفاصيل التالية:

Bank Name

إسم البنك

Bank branch and address

فرع البنك و العنوان

Country

البلد

Accountholder's Name

إسم صاحب الحساب

Account number

رقم الحساب

الحساب المصرفي الدولي (ملاحظة: اعتماداً على منطقتك، قد لا تحتاج إلى استخدام جميع خانات رقم الحساب المصرفي الدولي) IBAN number (Note: depending on your region, you may not need to use all IBAN boxes)

ملاحظة: يرجى تضمين قسم تفاصيل الحساب في نموذج الطرف الثالث للدفع لكل من الأفراد والشركات

**Note: Please incorporate the account details section in the Third Party Payor Form for both Individual and Corporate****10. Beneficiaries for Proposed Insured****١٠. المستفيدين للشخص المطلوب التأمين عليه****a) Beneficiary Allocation****(أ) تخصيص المستفيد**

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

**b) Beneficiary Personal Details****(ب) التفاصيل الشخصية للمستفيد**

الإسم الكامل للمستفيد Beneficiary Name	*الشخص الذي يمكن الإتصال به في حال كان المستفيد المعين مذكوراً وفقاً للملاحظات أدناه *Contact Person name in case the appointed beneficiary is as per below notes	*عنوان البريد الإلكتروني *Email Address	*تفاصيل الإتصال *Contact Details

- \* Please refer to special conditions for beneficiary designation in the last page before customer signature.
- \* **Notes** :If Minors are nominated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the Legal Guardian (other than the Policy Owner and or Insured)
- \* If Legal Heirs, Sharia Law or Estate are stated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the person in charge to be contacted.

- \* يرجى الرجوع إلى الشروط الخاصة لتعيين المستفيدين في الصفحة الأخيرة قبل توقيع العميل.
- \* **الملاحظات**: إذا تم تعيين القاصرين كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للوصي القانوني (غير مالك البوليصة والمؤمن عليه)
- \* في حالة ذكر الورثة الشرعيين أو قانون الشريعة أو الشركة كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للشخص المسؤول عن الاتصال به.

## 11. Health Questions (Tick the applicable answer)

## ١١. الأسئلة الصحية (حدد الإجابة المناسبة)

	نعم Yes	لا No	توقيع الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured's Signature
a. Have you ever been diagnosed with, or treated for, or intend to seek medical treatment for any type of Carcinoma in situ, Tumor or growth, cancer, heart attack, stroke, diabetes, any other heart or circulatory disease, kidney disease, liver disease, neurological or auto-immune disorders?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ. هل سبق لك أن تم تشخيصك أو تلقيت علاجًا أو كنت تنوي التماس العلاج الطبي لأي نوع من أنواع السرطان أو الورم أو النمو أو النوبات القلبية أو السكتة الدماغية أو السكري أو أي أمراض أخرى في القلب أو الدورة الدموية أو أمراض الكلى أو أمراض الكبد ، واضطرابات عصبية أو مناعية ذاتية؟ .....
b. Within the past 24 months have you smoked over 20 cigarettes per day or drank over 7 units of alcohol per day? (7 units = 7 shots of alcohol or 7 beers or 7 glasses of wine) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب. خلال ٢٤ شهرا الماضية هل دخت أكثر من ٢٠ سيجارة في اليوم أو شربت أكثر من ٧ وحدات من الكحول في اليوم الواحد؟ (٧ وحدات=٧ أقداح من الكحول أو ٧ من البيرة أو ٧ أكواب من النبيذ).....
c. Have two or more members of your immediate family, before the age of 60, been diagnosed with any kind of cancer, tumor, leukemia, heart disease, heart attack, stroke, diabetes, any other heart or circulatory disease, kidney disease, liver disease, neurological or auto-immune disorders? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج. هل تم تشخيص اثنين أو أكثر من أعضاء أسرتك الأم، الأب، الأخت ، الأخ قبل عمر الستين بأي نوع من أنواع السرطان أو الورم ، سرطان الدم ، أمراض القلب ، النوبة القلبية ، السكتة الدماغية ، السكري ، أي أمراض أخرى في القلب أو الدورة الدموية ، أمراض الكلى أو أمراض الكبد أو الاعصاب او اضطرابات المناعة الذاتية؟ .....
d. Within the past 12 months, have you had or been advised by a Physician to have any testing or treatment which has not yet occurred, for which results are still pending, and / or require follow-up that has not been completed? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د. هل حدث خلال الإثني عشر شهرا الماضية أن طلب منك إجراء فحوصات طبية أو القيام ب أي علاج، و لم يحدث حتى الآن أو مازلت بانتظار نتائج الفحوصات الطبية، وأو طلب منك إجراء فحوصات إضافية و لم تجرى بعد؟ .....

## Health declaration

## التصريحات الطبية

- (i) I declare that I am not currently ill nor am I seeking medical treatment at this time and I have not been physically incapable of performing normal daily activity for more than seven (7) consecutive days due to illness in the last three (3) years.
- (ii) I also declare that the answers I have given above are true and to the best of my knowledge. I agree that this declaration will constitute part of my application for insurance and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the insurance contract. I understand that Pre-Existing conditions are excluded per the insurance contract terms and conditions
- (i) أصرح ب أنني لست مريضا حاليا كما أنني لا أتلقى أي علاج طبي في هذا الوقت. ولم أكن جسديا غير قادراً على أداء النشاط اليومي العادي لأكثر من سبعة (٧) أيام متتالية بسبب المرض في السنوات ال ٣ الماضية.
- (ii) أصرح بأن جميع التصريحات و الأجوبة التي أعطيتها أعلاه هي صحيحة على حسب علمي، وأنتي لم أخفي أي معلومات مادية من الممكن أن تؤثر على تقييم أو قبول هذا الطلب. أوافق على هذا النموذج سوف يشكل جزءا من طلبي للتأمين وأن عدم الإفصاح عن أية حقيقة مادية معروفة بالنسبة لي قد يبطل عقد التأمين. وأنتي أفهم أن الحالات السابقة للتأمين غير مغطاة حسب عقد التأمين وشروطه

## Important

## هام

- This is a provisional Certificate of Insurance and not a policy contract. Your policy will contain the exact terms and conditions of coverage. Please read it carefully and keep it in safe custody.
  - Subject to payment of the premium, this Certificate shall be effective from the Application Date but will expire on (1) the date the Insured Person receives the policy contract or (2) 30 days from the Application Date, whichever is earlier.
  - “Coverage Commencement Date” means one hundred twenty (120) days after (a) the Policy Effective Date or (b) the date stated in the relevant endorsement when subsequent changes are made in the coverage or (c) the date of reinstatement of the Policy, in case of any reinstatement, whichever is later.
- هذه شهادة تأمين مؤقتة وليست عقد البوليصة. سوف تتضمن وثيقتك الاحكام والشروط الأساسية للتغطية. الرجاء قراءتها بعناية والاحتفاظ بها في مكان آمن.
  - مع مراعاة دفع قسط التأمين، تكون شهادة التأمين هذه فعالة من تاريخ تقديم الطلب وسوف تنتهي في (١) تاريخ استلام المؤمن عليه عقد البوليصة أو (٢) ٣٠ يوما من تاريخ الطلب، أيهما أسبق.
  - تاريخ بداية التغطية « تعني اليوم المئة والعشرون (١٢٠) بعد؛ (أ) تاريخ نفاذ البوليصة؛ (ب) التاريخ المذكور على أي تظهير على البوليصة خُزّر نتيجة تغيير في التغطية (ج) تاريخ إعادة سريان البوليصة في حالة أي إعادة السريان؛ أيهم يأتي لاحقاً.

- MetLife reserves the right to accept any application for the CritiCare plan. Issuance of this provisional Certificate of Insurance does not constitute any obligation or liability on the part of MetLife if it was determined at a later stage that the Applicant was ineligible for insurance coverage under this program or if any of the terms and conditions of the program were not met by the Applicant.

**VAT:** Starting 1st January 2018, MetLife will charge VAT on all policies which are subject to valued-added tax ("VAT") in accordance with the provisions of UAE Federal Law No. (8) of 2017 on VAT.

- تحتفظ شركة متلايف بالحق في قبول أي طلب لبرنامج كريتيكير. أن إصدار شهادة التأمين المؤقتة هذه لا تشكل أي إلزام أو مسؤولية على متلايف إذا تقرر في مرحلة لاحقة أن مقدم الطلب كان غير مؤهل لتغطية التأمين تحت هذا البرنامج إذا كانت أي من أحكام وشروط البرنامج لم تستوفى من قبل مقدم الطلب.

**ضريبة القيمة المضافة:** ابتداءً من ١ يناير ٢٠١٨ ، ستضيف متلايف ضريبة القيمة المضافة على جميع الوثائق التي تخضع لضريبة القيمة المضافة وفقاً لأحكام القانون الإتحادي لدولة الإمارات العربية المتحدة رقم (٨) لسنة ٢٠١٧ في شأن ضريبة القيمة المضافة و تعديلاته.

#### CRS Declaration (to be filled and signed by the Applicant/Policy Owner)

#### CRS ( إعلان ) يجب تعبئته وتوقيعه من قبل مقدم الطلب / مالك 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.

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

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

**ملاحظة:** إذا كان صاحب الحساب مقيماً لأغراض ضريبية في أكثر من ثلاث دول يُرجى تعبئة ورقة منفصلة.

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

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

##### Reason A

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

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

##### 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 information

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

##### 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).

**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).

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.			
5.			

## 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 المُعرّف 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 وإعلان مناسبين خلال ٩٠ يوماً من ذلك التغيير.

### Free Look Period

The Policy Owner is entitled to a free look period of 30 days effective from the policy issue date, during which time the policy owner is entitled to cancel the policy by sending a written request of cancellation, received by the Company at any time during the period, any payment received will be refunded without interest.

### فترة المراجعة المجانية

يكون لدى المالك فترة مراجعة مجانية مدتها ثلاثون ٣٠ يوماً اعتباراً من تاريخ إصدار البوليصه، يحق له خلال هذه المدة القيام بإلغاء البوليصه عن طريق إرسال طلب خطي بذلك، تستلمه الشركة في أي وقت ضمن هذه الفترة، وسيتم إرجاع أي مبلغ تم دفعه بدون فوائد.

### 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 case 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 may be)."

### شروط خاصة

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

- ١) في حال تعيينك لأكثر من مستفيد واحد: أ- إذا لم 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.
- ٢) في حال تعيينك لمستفيد واحد و وفاة هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين إلى تركة المؤمن عليه.
- ٣) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين إلى تركة المؤمن عليه. إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في مقدم الطلب حامل بوليصة التأمين (بحسب ما ينطبق).

### Declarations

- (a) I understand and agree that coverage under the Policy will be valid only after: (i) my Bank Account / Credit Card is debited with the amount of the due premium, and (ii) MetLife approves my application and issues the policy.
- (b) I understand and agree that in the event the Credit Card expires or is not renewed for any reason, whatsoever, I shall effect the payment of all premiums related to the Policy through my Bank Account or any of the modes of payment prevailing and made available at that time.
- (c) I agree that there shall be no contract of insurance, unless a policy is issued and delivered on this application and full first contribution actually paid thereon, provided no change shall have occurred in the insurability of the Proposed Insured(s) since completion of the application. I understand that the effective date of cover shall be the policy issue date as shown in the Policy Specification Schedule. I agree to accept delivery of the duly issued policy through one of the following delivery modes:

- 1 By Courier or registered mail to the correspondence address I opt for in my application form.
- 2 By Authorized Representative to the correspondence address I opt for in my application form.

Delivery of the policy by any of the above methods and the full payment of my first contribution are construed as my acceptance of all the conditions including those stated in the Policy Specifications Schedule and any Endorsement(s) to said policy and supplementary contracts attached thereto, if and when it is issued by MetLife, as per my application.

### التصريحات

- (أ) أتفهم وأوافق على أن التغطية التي تقدمها بوليصة التأمين لن تكون صالحة إلا بعد أن (١) يتم خصم قسط التأمين المستحق من حسابي المصرفي/ بطاقة الإئتمان، و (٢) موافقة متلايف على طلبي، و (٣) إصدار بوليصة التأمين.
- (ب) أتفهم وأوافق على أنه في حال انتهاء صلاحية بطاقة الإئتمان أو إذا لم يتم تجديدها لأي سبب من الأسباب، سوف أقوم بسداد جميع أقساط التأمين المتعلقة بالبوليصه من خلال حسابي المصرفي أو أي من وسائل الدفع المعتمدة والمتاحة في ذلك الوقت.
- (ج) أصرح على عدم إبرام عقد تأميني إلا بعد إصدار بوليصة التأمين وتسليمها بناءً على هذا الطلب والسداد الفعلي للمساهمة الأولى فيها بالكامل، شريطة عدم حدوث أي تغيير في أهلية الشخص/ الأشخاص المطلوب التأمين عليه/ عليهم للتأمين عن وقت ملء الطلب. إنني أتفهم جيداً أن تاريخ سريان التغطية التأمينية هو نفسه تاريخ إصدار البوليصه الموضح في جدول مواصفات البوليصه. أوافق على قبول تسليم البوليصه المصدرة أصلاً بإحدى وسائل التسليم الآتية:

- ١- عن طريق أحد مندوبي التوصيل أو بالبريد المسجل إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
- ٢- من خلال ممثل مفوض إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.

تسليم البوليصه بأي من الطرق المذكورة أعلاه وسداد المساهمة الأولى الخاصة بي بالكامل يعتبر قبولاً لكافة الشروط بما فيها تلك الواردة في ملحق مواصفات البوليصه أو أي ملحق (ملاحق) آخر للبوليصه المذكورة والعقود المكملة المرفقة بها، إذا قامت متلايف بإصدارها ومتى قامت بهذا الإصدار وفقاً للطلب المقدم من قبلي.



- (d) 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".
- (e) I understand that only an authorized officer of MetLife is permitted to i) make or discharge contracts or; ii) waive or change any conditions of the application, policy or receipt; or iii) to accept or pass upon insurability, and such waiver/ change shall only be valid by an endorsement hereon and attached hereto.
- (f) I understand that any declaration issued to any agent or to medical examiner is not valid unless it has been mentioned in this application or in the medical examination report.
- (g) The following financial disclosures are made for the purpose of establishing insurability in connection with pending Life Insurance Application on my life. They are furnished as a true and accurate statement of my financial condition on this statement date and are supported by evidence provided by me. I understand that the disclosures form part of the Contract and that incorrect information or failure to disclose any material fact may invalidate the Contract.
- (h) I further authorize MetLife to obtain from any source it deems appropriate including any bank and / or financial institution, any information concerning my financial status and bank accounts.
- (i) I fully understand that with respect to the first contribution, the number of investment units and their respective value will be allocated within 15 days from the date the Policy is delivered and the full contribution is duly received and cleared by MetLife.
- (j) I understand that if a Policy issued with coverage terms and / or policy rates different from the coverage terms and / or policy rates which I requested in my application, such Policy shall be suspended until MetLife receives 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 hereby exonerate any physician and / or hospital and / or clinic and/or medical service provider and / or any insurance company and / or any other organization that has any Personal Data\* and/or any records related to me and/or knowledge about me and/or any member of my family members proposed for insurance (if any) from the professional secrecy and/or contractual non-disclosure obligation and hereby authorize such person(s) and entities to disclose to MetLife any and all information about me and/or related to my family members proposed for insurance and to provide them with a copy of my Personal Data records which include but not limited to: references to me and/or my family's health and/or medical history and/or any hospitalization, medical advice, diagnosis, treatment disease and/or ailment. I also authorize MetLife to obtain, from any source it deems appropriate, information concerning my financials and/or professionals and/or personal status in addition to any information related to my driving history. I also confirm that any photocopy of this authorization shall be valid as the original.
- (m) **Data Transfer:** I hereby provide MetLife my unambiguous consent, to process, share, and transfer my Personal Data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to MetLife 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 MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife'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 MetLife.
- \*Personal Data** means all information related to me and/or my family members (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, tax identification numbers/ social security number, account balances/ activities or any transactions undertaken with MetLife.
- (د) أتفهم أن قبول أي بوليصة مصدرة بموجب هذا الطلب تعتبر مصادقة على ما جاء بها من تصحيحات أو تعديلات قامت متلايف بإجرائها في القسم المعنون ب (تظهير الشركة فقط).
- (هـ) أتفهم أنه لا يسمح إلا لموظف مخول من متلايف لـ: (١) الوفاء بالعقود أو؛ (٢) التنازل عن أو تغيير أي شرط في الطلب، البوليصة أو الاستلام؛ (٣) قبول أو النظر في إمكانية التأمين، وأن مثل هذا التنازل/التغيير سوف يكون سارياً فقط إذا تم إصدار تظهير به وأرفق نسخة منه بهذا الطلب.
- (و) أتفهم بأن أي إقرار يصدر مني لأي وكيل أو طبيب شرعي لن يعتبر إقراراً صحيحاً مالم يكن قد تم ذكره في هذا الطلب أو في تقرير الفحص الطبي.
- (ز) صيغت الإقرارات المالية التالية بغرض توفير إمكانية التأمين المتعلقة بالطلب المقدم للتأمين على حياتي، وتقدم كإقرارات حقيقية و دقيقة حول وضعي المالي في تاريخ إصدار هذا البيان، ويدهمها أدلة أقوم بتقديمها تفيد ذلك. أعلم أن الإقرارات تشكل جزءاً من العقد وأن أي معلومات غير صحيحة أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية قد يبطل العقد.
- (ح) 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.
- (ط) إنني أتفهم بشكل كامل فيما يتعلق بالمساهمة الأولى، بأن عدد وحدات الاستثمار وقيمتها المطابقة سوف يتم توزيعها في خلال ١٥ يوماً من تاريخ تسليم البوليصة وتسلم قيمة المساهمة بالكامل على نحو صحيح والحصول على مخالصة من متلايف بذلك.
- (ي) أتفهم أنه في حال إصدار بوليصة التأمين متضمنه شروط تغطية مختلفة أو كان سعر القسط مختلفاً عن شروط التغطية و/أو سعر القسط الوارد في الطلب المقدم من قبلي، فإنه يتم تعليق هذه البوليصة إلى أن تتلقى متلايف موافقتي الخطية على شروط التغطية و/أو سعر القسط الجديد المقدم من قبل متلايف.
- (ك) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع ضريبة الدخل و ذلك بالنابية عني و/أو بالنابية عن المستفيد/ المستفيدين و الناتجة عن الأرباح المحققة على الإستثمارات التابعة لإستراتيجيات الإستثمار المختارة، و أيضاً إقتطاع ضريبة الدخل على أية دفعات متوجهة لمالك البوليصة و/أو لأي من المستفيد/ المستفيدين بموجب هذه البوليصة.
- (ل) بموجب هذا الطلب فإنني أعفي كل طبيب و/أو مستشفى و/أو عيادة و/أو مزود خدمات طبية و/أو أية شركة تأمين و/أو أية مؤسسة أخرى لديها بيانات شخصية\* و/أو أية سجلات أو معلومات عني و/أو عن أفراد عائلتي الذين تم تقديم طلب تأمين عنهم (إن وجد) من واجب السرية المهنية و/أو واجب عدم الإفصاح التعاقدية، وأجيز لهؤلاء الأشخاص و/أو الهيئات الإفصاح لمتلايف عن أية معلومات متعلقة بي و/أو بأفراد عائلتي الذي تم تقديم طلب تأمين عنهم وكذلك تزويدهم بنسخ من البيانات الشخصية العائدة لي والتي تتضمن: أية معلومات متعلقة بصحتي أو صحة عائلتي و/أو السجل الصحي الخاص بهم و / أو الإقامة في المستشفى و / أو استشارة طبية ، تشخيص ، علاج ، مرض و / أو علة. كما وأنتي أفوض متلايف بالحصول، من أي مصدر تراه مناسباً، على أية معلومة تتعلق بوضعي المالي و/أو المهني و/أو الشخصي ، بالإضافة إلى أية معلومات متعلقة بتاريخ قيادتي للمركبات. كما أنني أؤكد أيضاً على أن أي صورة ضوئية من التفويض المشار إليه أعلاه سيعمل بها كأنها نسخة مطابقة للأصل.
- (م) **تحويل البيانات:** أنا أمتنع شركة متلايف الموافقة الصريحة لتحويل بياناتي الشخصية إلى أي مستلم سواء كان داخل الدولة أو خارجها بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، شركاتها الشقيقة، شركات إعادة التأمين الخاصة بها، شركائها في الأعمال، المستشارين ، وسطاء التأمين و / أو مزودي الخدمات عندما تعتقد شركة متلايف أن تحويل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازماً لـ (١) الوفاء بالتزامات الشركة بموجب بوليصة التأمين، (٢) مساعدة الشركة في تطوير منتجات وأعمال الشركة، (٣) تحسين تجربة عملاء الشركة، (٤) لغايات الإلتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (٥) لغايات الإلتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تطبيق القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى التي على شركة متلايف الامتثال لها.
- \* **البيانات الشخصية** تعني جميع المعلومات المتعلقة بي و/أو أفراد عائلتي سواء تم التأشير عليها بأنها "شخصية" أم لا، والتي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، بصحتي، العلاجات و الوصفات الطبية، والأعمال التجارية، تفاصيل معلومات الاتصال، أرقام التعريف الخاصة بالضريبة و/أو أرقام الخاصة بالتأمينات الاجتماعية، وأرصدة الحسابات حركة الحساب، و/أو أي معاملات قمت أنا بها مع متلايف

(l) 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..

(m) **Electronic Communication:**

**1- Notifications:** I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices electronically (including but not limited to short message services "SMS", emails and any other electronic means or methods of communications ("Notifications"). I accept receiving Notifications and understand that MetLife makes no warranty that the Notifications 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 Notifications error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving the Notifications. MetLife is not responsible for non-receipt of Notifications due to invalidity of the addresses or other technical problems.

**2- Sending and receiving the documents electronically:** By providing my e-mail address and signing this application I 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"). I am fully aware 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 in this application is correct at all times, and that it is my responsibility to inform MetLife immediately should my E-mail address change or should I cease to receive the Documents. I agree 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 personally. 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.

I acknowledge 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 Documents, I will notify MetLife immediately.

By signing 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 written document. 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](http://www.metlife.com/about/privacy) and I will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife.

I understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of my information.

I consent 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.

(n) 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. Also, I understand that incorrect statements or answers, or failure to disclose any material fact, may invalidate the contract.

(ن) أقر وأتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان صاحب البوليصة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (٢) كان صاحب لبوليصة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً إسمه 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 وأتفهم 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 يُعرض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين نافذة.

(ع) **وسائل التواصل الإلكتروني:**

١. **الإشعارات:** أوافق على أن تقوم متلايف بإرسال الإخطارات والإشعارات إلكترونياً، متضمنة على سبيل المثال لا الحصر: خدمة الرسائل النصية القصيرة على الهاتف الخليوي، البريد الإلكتروني وأية وسائل أو طرق تواصل إلكتروني ("الإشعارات"). كما و أوافق على أن أتلقى الإشعارات وأتفهم بأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الإشعارات سيتم إرسالها دون إنقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو إنقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لنشوء أية مسؤولية على متلايف. وأتعهد بأنني لن أبشر بإقامة أي دعوى أو شكوى أو مطالبة ضد متلايف جراء وقوع أي خطأ أو إنقطاع في الإشعارات و/أو لأي سبب من الأسباب جراء لاستقبال عدم استقبال الإشعارات. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامي للإشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية أخطاء فنية.

٢. **إرسال واستلام المستندات إلكترونياً:** من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بي و توقيع هذا الطلب ، فإنني أوافق على استلام بوليصة التأمين، شهادة التأمين و/أو أي مستندات أخرى وأن أقوم بإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة ببوليصة التأمين ("المستندات") إلى متلايف عن طريق البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). أنا أتفهم وعلى دراية كاملة بأنه لدى اختياري لاستلام وإرسال المستندات من خلال البريد الإلكتروني، فإنني أكون مسؤولاً عن إبقاء عنوان بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب صحيحاً في جميع الأوقات، كما أكون مسؤول دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني الخاص بي أو توقفني عن استلام المستندات. أنا أوافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسله أو المستلمة من خلال بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب سوف يتم اعتبارها صحيحة وصادرة عني أو مستلمة من قبلي شخصياً. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامي للبريد الإلكتروني لأسباب عدم صلاحية العنوان أو أية أخطاء مرتبطة بالبريد الإلكتروني الخاص بي.

أنا أفهم بأنه من واجبي في حال رغبتني في تغيير عنوان بريدي الإلكتروني لدى متلايف، أو إذا كنت أرغب في الحصول على نسخة ورقية من المستندات، أو إذا كنت أعتقد بأنني لم أستلم المستندات الخاصة بي، أتفهم بأنه من واجبي إعلام متلايف فوراً بذلك

من خلال التوقيع على هذا الطلب، أفهم و أوافق على أنه إذا كنت أرغب في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً فمن واجبي إبطل هذا التفويض ببوليصة مكتوبة أخرى من خلال التوقيع على هذا الطلب، و أعلن أنني قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام لمتلايف على [www.metlife.com/about/privacy](http://www.metlife.com/about/privacy) وسأراجع أي شروط استخدام مستقبلي أو بيان خصوصية لأي مقدمي الخدمات التي تستخدمها متلايف.

أفهم أنه على الرغم من أن متلايف تتخذ كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، متلايف لا يمكن أن تضمن سلامة المعلومات الخاصة بي.

أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليعتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بمتلايف وأقر بقبولي للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

(ق) أقر بأن جميع التصريحات و الأجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أي استبيانات أو تعديلات هي كاملة وحقيقية وملزمة جميع الأطراف المعنيين في البوليصة هنا والمقدم هذا الطلب لأجلهم. أيضاً، أنا أفهم أن أية تصريحات أو إجابات غير صحيحة ، أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية، قد يبطل العقد.

إسم الشخص المطلوب التأمين عليه  
Name of Proposed Insured

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

X

التوقيع  
Signature

إسم 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

مدينة  
City

بلد  
Country

في  
on this

D

D

من يوم  
day of

M

M

٢٠

Y

Y

إسم المستشار المالي المستقل  
Name of IFA

### Witness /Representative

### الشاهد / ممثل المستشار المالي المستقل

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

أصرح بأن المعلومات المقدمة من قبل الشخص المطلوب التأمين عليه / المالك صحيحة و مسجلة بدقة في هذا الطلب

إسم الشاهد

Name of Witness

التاريخ  
Dated

D

D

M

M

Y

Y

Y

Y

X

التوقيع  
Signature

# تفويض بدفع أقساط التأمين إلى شركة متلايف من خلال بطاقة الائتمان

## Authorization for payment of insurance premiums to MetLife through credit card

Application No.

Credit card payment is only available for visa credit or master credit cards. It can only be used by Policy Owners using their own credit cards. Please complete the personal details section and the credit card payment section below.

### a. Declarations:

- I hereby agree to effect the payment of premiums in relation to the Insurance Policies with MetLife ("the Policy") and authorize MetLife to debit my credit card whose details with the amount of premiums are shown below.
- I also hereby authorize MetLife to continue debiting my credit card with the amounts of the subsequent premiums as applicable for the duration of the Policy, subject to the terms and conditions of the Policy.
- I understand and agree that coverage under the Policy will begin and continue only after debiting my credit card with the amount of the due premium as applicable.
- I understand and agree that in the event my credit card expires or is not renewed for any reason, or in case of unavailability of sufficient funds, whatsoever, I shall effect the payment of all due premiums related to the Policy through any of the mode of payments prevailing and made available by MetLife. Failing to pay the due premiums on time, shall lead to lapsation of my policy, subject to the terms and condition of the policy.
- I understand and agree that in the event of renewal of my credit card, I shall present a new authorization form to effect the payment of my subsequent premiums for the duration of the policy, and shall continue to be valid unless cancelled by myself in writing.
- I hereby understand that MetLife will debit my bank card for the applicable premium in accordance with the policy currency. I am aware that the card issuer bank may apply rates and charges as per the bank's own currency conversion rates.

### b. Personal details (Policy Owner)

رقم الوثيقة Policy no.

الإسم الكامل لمالك الوثيقة Policy Owner Full Name

### c. Authorization for credit card payment (Only Bank Issued Non Prepaid Credit Card Allowed)

I, the undersigned, based on the declarations stated above hereby provide my consent and confirm my authorization to American Life Insurance Company (MetLife), to debit my credit card with the amount as detailed below for the above mentioned application:

رقم بطاقة الائتمان ماستر كارد/فيزا Master/Visa Credit card number

إسم جهة إصدار البطاقة Name of card issuer bank

الإسم الكامل (كما هو مبين على البطاقة) Full name

### d. طريقة الدفع

#### d. Mode of Payment

	<input type="checkbox"/> دفع مفردة Single payment يرجى الخصم من بطاقتي الائتمانية كما هو مبين أدناه please debit my credit card as detailed below	<input type="checkbox"/> دفعة متكررة Recurrent payment يرجى الخصم من بطاقتي الائتمانية كما هو مبين أدناه please debit my credit card as detailed below
العملة Policy currency <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> AED		
المبلغ بالأرقام Amount in figures		
المبلغ بالحروف Amount in words		
تاريخ البدء Starting date		
التكرار Frequency	Not applicable غير منطبق	<input type="checkbox"/> سنوي Annual <input type="checkbox"/> نصف سنوي Semi-Annual <input type="checkbox"/> ربع سنوي Quarterly <input type="checkbox"/> شهري Monthly
عدد الأقساط Number of installments	Not applicable غير منطبق	Open ended مفتوح

- I hereby declare to American Life Insurance Company (MetLife) after entering my credit card data and numbers on its internal systems to obliterate/mask some of the card numbers described above of this authorization in order to protect the data without the need for me to sign on this authorization after the obliteration and without detracting or affecting the legal power of any delegation has been given to the company under this authorization.
- I hereby agree and confirm that this authorization form in favor of American Life Insurance Company (MetLife) will remain in force until such time I cancel or amend in writing.
- I hereby understand that MetLife will only process the application after the authorization of my credit card payment is granted.
- I understand that this form shall not be treated as a payment receipt.
- I understand and agree that it is my responsibility to obtain and retain a copy of this authorization and any premium payment receipt for future reference.
- I hereby provide MetLife my unambiguous consent, to process, share, and transfer my Personal Data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to MetLife headquarters in the USA, its branches, affiliates, reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where we believe that the transfer or share, of such Personal Data, is necessary for: (i) the performance of this Policy; (ii) assisting MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife'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 MetLife. MetLife will ensure that such recipients will have sufficient confidentiality obligations to procure the confidentiality of the personal information and provided that the Company complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data.
- \*Personal Data means all information related to me and/or my family members (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, tax identification numbers/ social security number, account balances/activities or any transactions undertaken with MetLife.

التوقيع Signature

توقيع المالك / حامل البطاقة Owner/Cardholder's signature

التاريخ Date

Full name of the Owner/Cardholder's

Telephone

- I have verified the original credit/debit card produced by the Policy Owner and confirm that the information contained in the above credit/debit card authorization is in agreement with his/her credit/debit card. I also confirm that the Policy Owner or Payor (if an already approved Third Party Payor) and the credit/debit card holder are the same and also agreed the signature as per above authorization with the signature as per credit/debit card.

الإسم الوكيل Name of Agent

التوقيع Signature

توقيع الوكيل Agent's signature

التاريخ Date

[metlife-gulf.com/bahrain](http://metlife-gulf.com/bahrain)

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](http://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](http://www.metlife-gulf.com).

American Life Insurance Company (MetLife) is licensed and regulated by the Central Bank of Bahrain as an insurance company (overseas insurance licensee - conventional insurance business), with a common capital stock of USD 40,000,000

شركة متلايف إنك (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 وتتيبواً متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [www.metlife.com](http://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](http://www.metlife-gulf.com)

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) مرخصه ومنظمه من قبل مصرف البحرين المركزي كشركة تأمين (فرع مرخص لشركة أجنبية - أعمال التأمين التجاري)، رأس المال المسجل ٤٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي.



MetLife | Bahrain  
© 2020 METLIFE, INC.

CRC-IFA-APP-EA-BAH-0420-H