

# نموذج حقوق أصحاب البيانات

## DATA SUBJECT RIGHTS FORM



### American Life Insurance Company (MetLife)

Office# 31, Building # A0452, Road # 1010 Sanabis 410, PO Box 20281 Manama  
319, Kingdom of Bahrain  
Tel 800 08033 Fax +973-17311229

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)  
مكتب رقم ٣١، بناء رقم ٤٥٢، طريق ١٠١٠ سانابيس ٤١٠، ص.ب. ٢٠٢٨١  
المنامة ٣١٩، مملكة البحرين. هاتف ٨٠٠ ٠٨٠٣٣ فاكس ١٧٣١١٢٢٩-٩٧٣+

### Requestor:

### مقدم الطلب:

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

تفاصيل مالك الوثيقة:

Policy Owner's Details:

الاسم الأول  
First Name

اسم الوالد  
Middle Name

الاسم الأخير  
Last Name

الاسم الأخير  
City of Birth

بلد الولادة  
Country of Birth

رقم الهوية البحرينية  
Bahrain ID No.

رقم جواز السفر  
Passport No.

الهاتف  
Telephone

رمز البلد  
Country Code

البريد الإلكتروني  
E-mail

### Information Requested:

### المعلومات المطلوبة:

تاريخ الطلب  
Date of Request

D D M M Y Y Y Y

نوع الطلب  
Type of Request

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

سبب الطلب  
Reason for request

المعلومات المطلوبة  
Information requested

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

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

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

بالتوقيع أدناه، أشهد أن جميع المعلومات المقدمة دقيقة وكاملة.

### Signature:

### التوقيع:

اسم مقدم الطلب صاحب البيانات  
Name of Applicant the data subject

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

التوقيع  
Signature

موقع بتاريخ  
Date

D D M M Y Y Y Y

## كيفية الاتصال بنا

أى دولة أخرى	قطر	البحرين	عمان	الكويت	الإمارات	البلد
+٩٧١ ٤ ١٤٥ ٤٥٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	متلايف - ٨٠٠ (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣)	اتصل بنا
صندوق بريد ٢٠٢٨١، المنامة ٣١٩، مملكة البحرين						راسلنا عبر البريد
customerservices.gulf@metlife.com						راسلنا عبر البريد الإلكتروني
www.metlife-gulf.com						الموقع الإلكتروني

## For MetLife use only

## لاستخدام - MetLife فقط

تاريخ الاستلام الطلب  
Date Received

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

استلم الطلب من قبل  
Received by
تم إتمام الطلب من قبل  
(اسم القسم)  
Request processed by  
(Name and Department)
ملاحظات  
Remarks