

Policy Replacement / Reduction

Declaration Form

This form is supplementary to Full, Partial Surrender or Loan Application form

American Life Insurance Company (MetLife)
Kuwait, P.O. Box 669 Safat 13007, State of Kuwait
Tel +965 2 208 9333 - Fax + 965 2 208 9334

Instructions: Use this form if your Policy is being replaced or reduced. 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.

Requirements: (1) Policy Replacement / Reduction Declaration Form; (2) Copy of Valid I.D.;

Select 1 Option:

Full Replacement* Reduction**

* Surrendering your policy value and allocating it towards a new and / or other existing policies.

** Reducing your policy value and allocating it towards a new and / or other existing policies..

Policy Owner's Details

First name Middle name Last name

Please Provide The Details Of The Policy That Is Being:

Full Surrender Partial Surrender Cash Loan

Policy Number Issue Date

Face Amount Annual Premium Name of the Plan

Plan Type Life Insurance + Savings & Investment Savings & Investment

Agent name Agency name

Policy Owner's need or reason for reducing cover or replacing the Policy

Implications of replacing/reducing existing Policy (to be filled by MetLife only):

I Would Like To Transfer The Amount To:

New Application(S) / Policy(les) (Please Tick If Applicable)

Application / Policy Number Application /Policy Date

Plan Name Benefit/Coverage

Plan Type Life Insurance + Savings & Investment Accident & Health Savings & Investment

Existing Policy(les) (Please tick if applicable)

Policy 1 <input style="width: 90%;" type="text"/> Purpose: <input type="checkbox"/> Pay due premium <input type="checkbox"/> Pay Loan	Policy 1 <input style="width: 90%;" type="text"/> Purpose: <input type="checkbox"/> Pay due premium <input type="checkbox"/> Pay Loan	Policy 1 <input style="width: 90%;" type="text"/> Purpose: <input type="checkbox"/> Pay due premium <input type="checkbox"/> Pay Loan
--	--	--

Comments:

Irrevocable beneficiary's signature (If applicable) Signature

Policy owner's signature Signature

Policy Owner's Declarations

I confirm that I am reducing cover or replacing an existing policy. The details of my existing policy are stated above.

- I understand that benefits will be lost or reduced on cancellation or reduction of my existing policy.
- I understand that any entitlement to my existing policy will be lost or reduced on cancellation or reduction of my existing policy.
- I understand that I may receive a telephone call from MetLife to confirm my decision to reduce or cancel my existing policy.

- (a) 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.

- (b) **Data Transfer:** I hereby give MetLife unambiguous consent, to process, share, and transfer My personal data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to your Headquarters in the USA, MetLife branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where MetLife believe that the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of the Policy; (ii) assisting MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife 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 MetLife complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data.

For clarity, personal data means any data/information related to Insured and/or Insured's family which might include any health, identity and financial information or contact details, disclosed to MetLife at any time.

- (c) I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices via short message service "SMS" and I accept receiving SMS and understand that MetLife makes no warranty that the SMS 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 SMS error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving SMS.

U.S.A. Internal Revenue Service (IRS) declaration:

In submitting and in signing this form, the applicant(s) certify(ies) that the Insured, Joint Insured, applicant, and any Designated Beneficiary(ies): (select the answer that applies)

ARE **ARE NOT** United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes ⁽¹⁾⁽²⁾

The Applicant(s) agree(s) to inform the Company within thirty (30) days of the Applicant(s) knowledge of such change if the Applicant(s) or any designated beneficiary become(s) a U.S. person of U.S. Federal Income Tax purposes or if the Applicant(s) assign(s) the policy to such a U.S. person.

Please note that a false statement or misrepresentation of tax status by a U.S. person could lead to penalties under U.S. law. If you are a United States person, fill in the details below:

• **U.S. Tax ID number of Applicant(s) & Insured:**

• **U.S. Tax ID number of Beneficiary(ies):**

1. This question is for U.S. Federal Income Tax purposes. The U.S. Internal Revenue Service requires the Company to report the taxable income paid to persons subject to United States Federal Income Tax. PLEASE NOTE that if you are a U.S. person for U.S. tax purposes and fail to provide a U.S. Tax Identification Number to the Company, the IRS requires the Company to withhold tax from taxable income payments made to you at the rate of up to 30%.
2. For purposes of this declaration a U.S. person is a citizen or resident of the United States, a United States partnership, or trust which is controlled by one or more U.S. persons and is subject to the supervision of a U.S. court.

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) declaration:

The Insured / Owner consents to MetLife, its officers and agents disclosing any confidential information to:

- (i) Any group member and representatives of MetLife in any jurisdiction (together with MetLife, the "Permitted Parties");
- (ii) Any persons as required by any law (including but not limited to the U.S.A. Foreign Account Tax Compliance Act) or authority (including but not limited to the U.S.A. Internal Revenue Service) with jurisdiction over any of the Permitted Parties;
- (iii) Professional advisers, insurer, reinsurer or insurance broker and service providers of the Permitted Parties who are under a duty of confidentiality to the Permitted Parties;
- (iv) Any actual or potential assignee, novatee or transferee in relation to any of MetLife's rights and / or obligations under this Policy (or any agent or adviser of any of the foregoing)

"Confidential Information" means all information relating to the Insured / Owner (whether marked "confidential" or not) disclosed by whatever means either directly or indirectly to MetLife which concerns the business, operations or customers of the Insured / Owner (including but not limited to contact details, tax identification number / social security number, account balances / activities or any transactions undertaken with MetLife)."

MetLife will deduct any withholding required by the US Foreign Account Tax Compliance Act ("FATCA").

MetLife reserves the right, within its sole discretion, to terminate the policy in the event that appropriate documentation of Insured's / Owner's US or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to MetLife. In particular, in the event that applicable local laws or regulations would prohibit withholding on payments to the account or prohibit the reporting of the account, and no waiver of such local law is obtained, MetLife reserves the right to close the account.

Irrevocable beneficiary's
signature (If applicable)

Signature

Policy owner's signature

Signature

E-mail Declaration:

By providing your E-mail address and signing this application you agree to receive the policy document, certificate and / or any other documents ["Documents"] via electronic mail ["E-mail"]. Please be aware that having chosen this electronic delivery of Documents, it is your responsibility to ensure that the E-mail address you have provided us is correct at all times.

MetLife is not responsible for non-receipt of E-mails due to invalid E-mail addresses or other technical problems related to your E-mail service. If you would like to change your E-mail address with MetLife, or if you would like a paper copy of the Documents, or if you believe that you have not received your Documents, please notify us immediately.

By signing this application, you understand and agree that if you wish to discontinue receiving Documents electronically it is your obligation to revoke this Authorization by another written document.

By signing this application also, you declare that you have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on www.metlife.com/about/privacy and you will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife. You understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of your information. You consent to provide your E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

Signatures

Signed at 20

City Country Day Month Year

Full Name of Policy Owner Full Name in his/her own handwriting Signature

Full Name of Irrevocable Beneficiary or Assignee Full Name in his/her own handwriting Signature

Witness name and signature is not necessary if the customer is submitting directly to MetLife

Full Name of Witness / Agent Full Name in his/her own handwriting Signature

Full Name of Unit Manager Full Name in his/her own handwriting Signature

Agent Code

Need help?

How to contact us							How to submit the form
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 original documents to: American Life Insurance Company (MetLife) Kuwait, P.O. Box 669 Safat 13007, State of Kuwait
Mail us	P.O. Box 669 Safat 13007, State of Kuwait						
E-mail us	CustomerServices.Gulf@metlife.com						
Website	www.metlife-gulf.com						

American Life Insurance Company is a MetLife Inc. Company - Registered under Ministry of Commerce and Industry - Kuwait Registration No. 119 /2023

American Life Insurance Company is a MetLife, Inc. Company

الإرشادات: استخدم هذا النموذج في حالة استبدال وثيقتك أو تخفيضها. يرجى ملء هذا النموذج بالكامل لتجنب أي تأخير في المعالجة. إذا احتجت إلى أي مساعدة في ملء هذا النموذج، فيرجى التواصل مع ممثلي خدمة العملاء لدينا .

المتطلبات: (١) نموذج إقرار استبدال/تخفيض الوثيقة (٢) نسخة من بطاقة الهوية السارية ؛

حدد خيارًا واحدًا :

استبدال كامل * تخفيض **

* التنازل عن قيمة وثيقتك وتخصيصها لوثائق جديدة و/أو وثائق أخرى حالية .
* تخفيض قيمة وثيقتك وتخصيصها لوثائق جديدة و/أو وثائق أخرى حالية .

بيانات مالك الوثيقة

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير
<input type="checkbox"/> تنازل كامل <input type="checkbox"/> تنازل جزئي <input type="checkbox"/> قرض نقدي	يرجى تقديم بيانات الوثيقة ذات الصلة:	
رقم الوثيقة	تاريخ الاصدار	DDMMYY
القيمة الاسمية	القسط السنوي	اسم البرنامج
نوع البرنامج	<input type="checkbox"/> تأمين على الحياة + ادخار واستثمار <input type="checkbox"/> ادخار واستثمار	اسم العميل
اسم العميل	اسم الوكالة	

حاجة صاحب الوثيقة أو سبب تقليص التغطية أو استبدال الوثيقة

--

الآثار المترتبة على استبدال/تخفيض الوثيقة الحالية (يتم ملؤها من قبل متلايف فقط):

--

أرغب في تحويل المبلغ إلى :

طلب (طلبات)/وثيقة (وثيقة/ وثائق جديدة) (يرجى وضع علامة اذا ينطبق)

رقم الطلب/الوثيقة	تاريخ الطلب/ الوثيقة	DDMMYY
اسم الخطة	الميزة/التغطية	
نوع الخطة	<input type="checkbox"/> تأمين على الحياة + ادخار واستثمار <input type="checkbox"/> التأمين على الصحة والحوادث <input type="checkbox"/> ادخار واستثمار	
<input type="checkbox"/> الوثيقة (الوثائق) الحالية (يرجى وضع علامة اذا ينطبق)		

الوثيقة رقم ١	الوثيقة رقم ٢	الوثيقة رقم ٣
الغرض: <input type="checkbox"/> دفع قسط التأمين <input type="checkbox"/> سداد القرض	الغرض: <input type="checkbox"/> دفع قسط التأمين <input type="checkbox"/> سداد القرض	الغرض: <input type="checkbox"/> دفع قسط التأمين <input type="checkbox"/> سداد القرض

التعليقات:

--

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المستفيد
غير القابل للتغيير (حينما ينطبق)

أقر بأنني أريد تقليص التغطية أو استبدال الوثيقة الحالية. وترد تفاصيل وثيقتي الحالية أعلاه.

- أتفهم أنه سيترتب على إلغاء وثيقتي الحالية أو تخفيضها فقدان المزايا أو تقليصها.
- أتفهم أنه سيترتب على إلغاء وثيقتي الحالية أو تخفيضها فقدان أي استحقاقات لوثيقتي الحالية أو تقليصها.
- أتفهم أنني قد أتلقى مكالمة هاتفية من شركة متلايف لتأكيد قراري بتخفيض وثيقتي الحالية أو إلغاؤها.

(أ) أدرك أن التغطية و / أو الدفع بموجب عقد التأمين لن يتم في الحالات التالية: (١) إذا كان حامل وثيقة التأمين أو المؤمن عليه أو الشخص الذي يحق له الحصول على هذه المدفوعات يقيم في بلد يخضع لعقوبة؛ أو (٢) إذا كان حامل وثيقة التأمين أو المؤمن عليه أو الشخص الذي يحق له الحصول على هذه المدفوعات مدرج في قائمة مكتب مراقبة الأصول الأجنبية (OFAC) ضمن المواطنين المحظورين والمحددin بشكل خاص (SDN) أو قائمة تحديد العقوبات القطاعية لدى مكتب مراقبة الأصول الأجنبية (OFAC) أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى؛ أو (٣) إذا كانت المطالبة بالدفع تتعلق بخدمة تم الحصول عليها في أي بلد خاضع للعقوبة.

أدرك كذلك أن الشركة لن تكون مسؤولة عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي تغطية أو ميزة تأمينية إلى الحد الذي يؤدي فيه تقديم هذه التغطية أو الميزة التأمينية إلى تعرض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين معمول بها.

(ب) تحويل البيانات: أنا أمنح متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتك الشخصية إلى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، شركاتها الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركائنا في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما تعتقد متلايف بأن نقل 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 متلايف، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لمتلايف. متلايف تضمن بأن يلتزم المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإن متلايف تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية. لغايات التوضيح، تعني بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية او معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

أحول وأصرح بموجبه لمتلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات عبر خدمة الرسائل النصية القصيرة "SMS" وأوافق على تلقي الرسائل القصيرة وأدرك أن متلايف لا تقدم أي ضمانات بأن الرسائل النصية القصيرة لن تتوقف أو تخلو من الأخطاء، ولن يتم اعتبار أو معاملة أي خطأ أو توقف من هذا القبيل بأي شكل من الأشكال كمصدر لخلق مسؤولية على متلايف، وأقر أنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد متلايف عن أي خطأ في الرسائل القصيرة أو توقف لها أو لأي سبب يتعلق بتلقي / عدم تلقي الرسائل النصية 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)

مواطنًا أمريكيًا ليس مواطنًا أمريكيًا أغراض 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 الفيدرالية 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:

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

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي للمستفيد (المستفيدين):

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 شركة إدارة أموال يسيطر عليها شخص أمريكي واحد أو أكثر تخضع لإشراف محكمة أمريكية.

إقرار قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية (FATCA)

يوافق المؤمن عليه/صاحب الوثيقة على قيام متلايف ومسؤوليها ووكلائها بالإفصاح عن أي معلومات سرية إلى:

- أي عضو في المجموعة وممثلين عن متلايف في أي ولاية قضائية (إلى جانب متلايف، "الأطراف المسموح لهم").
 - أي أشخاص وفقاً لما يقتضيه أي قانون (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية الأمريكية أو سلطات) بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية (ذات اختصاص قضائي على أي من الأطراف المسموح لهم).
 - المستشارين المهنيين أو شركات التأمين أو شركات إعادة التأمين أو وسطاء التأمين ومقدمي الخدمات للأطراف المسموح لهم ممن يلتزمون بواجب السرية للأطراف المسموح لهم.
 - أي متنازل إليه فعلي أو محتمل أو دائن بديل أو منقول إليه فيما يتعلق بأي من حقوق متلايف و/أو التزاماتها بموجب هذه الوثيقة (أو أي وكيل أو مستشار تابع لأي مما سبق).
- "المعلومات السرية" تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/صاحب الوثيقة (سواء تم تمييزها بعلامة "سرية" أم لا) التي تم الإفصاح عنها بأي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لشركة متلايف والتي تتعلق بأعمال أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه/صاحب الوثيقة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال أو رقم التعريف الضريبي/رقم الضمان الاجتماعي أو أرصدة/أنشطة الحساب أو أي معاملات تمت مع متلايف)."
- تخضع شركة متلايف أي مبلغ مستقطع بموجب قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية الأمريكية ("FATCA").
- تحتفظ متلايف بالحق، وفق تقديرها الخاص، في إنهاء الوثيقة في حالة عدم تقديم الوثائق المناسبة لحالة المؤمن عليه/صاحب الوثيقة في الولايات المتحدة أو خارجها لأغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية الأمريكية (FATCA) إلى متلايف في الوقت المناسب. على وجه الخصوص، في حالة ما إذا كانت القوانين أو اللوائح المحلية المعمول بها تحظر حجب المدفوعات إلى الحساب أو تحظر الإبلاغ عن الحساب، ولم يتم الحصول على تنازل عن هذا القانون المحلي، تحتفظ متلايف بالحق في إغلاق الحساب.

إقرار البريد الإلكتروني:

من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك وتوقيع هذا الطلب، فإنك توافق على تلقي مستند الوثيقة و/أو الشهادة و/أو أي مستندات أخرى ["المستندات"] عبر البريد الإلكتروني ["البريد الإلكتروني"]. يرجى العلم أنه بعد اختيار طريقة التسليم الإلكتروني للمستندات هذه، فإنك تتحمل مسؤولية التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته لنا في جميع الأوقات.

لا تتحمل متلايف مسؤولية عدم استلام رسائل البريد الإلكتروني بسبب عدم صلاحية عناوين البريد الإلكتروني أو غير ذلك من المشكلات الفنية المتعلقة بخدمة البريد الإلكتروني الخاص بك. إذا كنت ترغب في تغيير عنوان البريد الإلكتروني مع متلايف أو إذا كنت ترغب في تلقي نسخة ورقية من المستندات أو إذا كنت تعتقد أنك لم تستلم المستندات الخاصة بك، فيرجى إخطارنا على الفور.

بالتوقيع على هذا الطلب، فإنك تدرك وتوافق على أنه إذا كنت ترغب في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً، فمن واجبك إلغاء هذا التفويض من خلال مستند كتابي آخر.

بالتوقيع على هذا الطلب أيضاً، فإنك تقر بأنك قد قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام الخاصة بشركة متلايف الموضحة على www.metlife.com/about/privacy

وستراجع أي شروط استخدام أو بيان خصوصية لأي من مزودي الخدمة المستقبليين الذين تستخدمهم متلايف. كما تدرك أنه على الرغم من اتخاذ متلايف كل الاحتياطات لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، فليس يوسع متلايف ضمان سلامة معلوماتك. توافق على تقديم عنوان بريدك الإلكتروني لتضمينه في قائمة شركة متلايف لعناوين البريد الإلكتروني وتقبل أي مخاطر كامنة تنطوي عليها مراسلات البريد الإلكتروني.

التوقيعات

موقع في المدينة البلد اليوم شهر سنة ٢٠

<input type="text"/>	التوقيع	<input type="text"/>	الاسم الكامل لصاحب الوثيقة
<input type="text"/>	التوقيع	<input type="text"/>	الاسم الكامل للمستفيد أو المتنازل إليه غير القابل للتغيير
<input type="text"/>	التوقيع	<input type="text"/>	اسم الشاهد و التوقيع ليس مطلوباً إذا قدم العميل الطلب للمتلايف مباشرة.
<input type="text"/>	التوقيع	<input type="text"/>	الاسم الكامل للشاهد / الوكيل
<input type="text"/>	التوقيع	<input type="text"/>	اسم مدير الوحدة بالكامل

كود الوكيل

المساعدة

كيفية تقديم النموذج	كيفية الاتصال بنا					
	من أي دولة أخرى	قطر	بحرين	عمان	كويت	الإمارات
يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى: الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) ٦٦٩، ب.ص، تي وكيلا ١٣٠٠٧، أفصل ١	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	متلايف - ٨٠٠ (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣)
						صندوق بريد ٦٦٩، الصفاة ١٣٠٠٧ دولة الكويت
						CustomerServices.Gulf@metlife.com
						www.metlife-gulf.com

أميركان لايف انشورنس كومباني مسجلة لدى وزارة التجارة والصناعة / دولة الكويت. رقم التسجيل ٢٠٢٣/١١٩

أميركان لايف انشورنس كومباني هي إحدى الشركات التابعة لمتلايف انك