

Policy Change/Reinstatement Personal Accident

Request Form



American Life Insurance Company (MetLife)
Dar Al Noor Building, Block No.233, Way
No. 403
Building No.52, MSQ, Bausher,Office 405 &
406, P.O. Box: 894, PC.114, Jibroo

Policy No.(s)

--	--	--

Instructions: Use this form to request for changes or reinstatement of your individual accident & health policy. If you need any assistance in completing this form, please contact our customer service representatives.

Requirements: (1) Policy change / Reinstatement form; (2a) Valid passport copy or copy of valid I.D. and valid residency copy (if applicable) in case of "change of beneficiary" or "change of ownership" (2b) Supporting documents in case of "change of name"

Note:

- 30 days to submit the original request from the signature date.

Section A

	Full Name of Insured/ Owner/Spouse/Child	Nationality	Residency	Relationship to Policy Owner	Client's ID	Date of Birth	Height	Weight	Current Residence	
									City	Country
1										
2										
3										
4										
5										

	Full Name of Insured/ Owner/Spouse	Employer's Name	Nature of Business	Occupation	Daily Duties	Income Amount	Currency	Frequency
1								
2								
3								
4								
5								

Correspondence

Country City / Town P.O. Box

Area / Street Building Flat/Villa No.

Telephone - - E-mail

Do you intend to travel during the next twelve months? Yes No If 'Yes', please provide the travel details.

Full Name of Traveler	Destination - City/Country	Purpose	Duration

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable)

Policy owner's signature

Details of Payment:

Is the policy owner making the payments from their own funds?

YES NO

If No, please proceed to complete the "Payor details" form separately

If Yes, please proceed to complete the below details:

Kindly provide your bank account details, which you will be using to pay the premium

Bank Name

Bank branch and address:

Country

Account name

Account number

IBAN number (Note: depending on your region, you may not need to use all IBAN boxes)

Note: Please the account details section in the Third Party Payor Form for both Individual and Corporate.

Section B

Change of Beneficiary

Full Name of New Beneficiary	Relationship	Address	Date of Birth								Nationality	Residency	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			
			D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			
			D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			
			D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			

Change mode of payment from **to** **as of premium due**

Change of occupation to

Old signature **New signature**

Additional request

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable) X Signature

Policy owner's signature X Signature

Section C

Schedule of benefits new requested (include all benefits, even those not to be changed)

Currency <input type="text"/>	Insured <input type="text"/> Occupational Class <input type="text"/>		Spouse <input type="text"/> Occupational Class <input type="text"/>		Dependent(s)	
Benefits	Amount	Premium	Amount	Premium	Amount	Premium
Accidental Death, Dismemberment, and Permanent Total Disability	Principal Sum		Principal Sum		Principal Sum	
Accident Medical Expense Reimbursement	Amount		Amount		Amount	
Accident Disability Income 104 weeks	Weekly Benefit		Weekly Benefit		Not Offered	
Accident & Sickness In-Hospital Income (67E)	Weekly Benefit		Weekly Benefit		Weekly Benefit	
In-Hospital Income 50% extra for Heart and Cancer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Not Offered	
In-Hospital Double Income in USA, Canada, Europe	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Accident & Sickness In-Hospital Surgical Expense (77D)	Maximum Benefit		Maximum Benefit		Maximum Benefit	
Other Benefits						

Please state your average weekly income over the past 12 months: **Currency:**

Reinstatement: I hereby apply for Reinstatement of the above Policy.

I have paid with this request

Declaration below pertains to all Named Insureds:

In case of a female applicant, further state that I am not now pregnant.

- I certify that there has been no change in my condition of health, and that I received no medical attention, consultation or examination whatsoever, nor have I done any medical tests, including blood tests for antibodies to the AIDS Virus (Acquired Immunodeficiency Syndrome), since the date of completion of my application for insurance in American Life Insurance Company (MetLife); further, that all my answers as written in said application, including those relating to my occupation are still true (Except as noted below*).

***Note:** Notwithstanding anything to the contrary in the insurance policy or in the Supplementary contracts attached thereto, the Company may rely solely upon this request to effect change without need to any endorsement whatsoever.

Declarations

(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) 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 relating to me (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, account balances / activities or any transactions undertaken with MetLife”.

(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.

Irrevocable beneficiary’s signature (If Applicable) Signature

Policy owner’s signature Signature

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/their respective bank 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. Units may not be held or transferred to investors who are U.S. federal income tax purposes.

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.

CRS Individual tax residency Self-Certification declaration:

The Common Reporting Standard (CRS), is a tax information exchange standard developed by the Organization for Economic Co-operation and Development ("OECD") and approved on 15 July 2014.

Please complete the following table indicating (i) where the account holder is tax resident and (ii) the account holder's Tax Identification Number (TIN) for each country/jurisdiction indicated.

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

If a Tax Identification Number (TIN) is unavailable please provide the appropriate reason A, B or C where indicated below:

Reason A

The country/jurisdiction where the account holder is resident does not issue Tax Identification Numbers to its residents

Reason B

The account holder is otherwise unable to obtain a Tax Identification Number or equivalent number, Please explain why you are unable to provide the required information

Reason C

No Tax Identification Number (TIN) is required. (Note. Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the Tax Identification Number issued by such jurisdiction)

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable)

Policy owner's signature

Country/Jurisdiction of Tax Residence	Taxpayer Identification Number (TIN)	If no TIN available enter reason A, B or C	If reason B Selected, please explain
1.			
2.			
3.			
<p>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.</p> <p>I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the account holder and any reportable account(s) may be provided 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.</p> <p>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.</p>			

Declaration:

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 selfcertification and Declaration, within 90 days of such change in circumstances.

E-mail Declaration:

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 us in this 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. 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 and I will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife.

I understand that although MetLife takes 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.

Signatures

Signed at 20

City Country Day Month Year

Full name of policy owner Signature

Full Name in his/her own handwriting X

Full name of irrevocable beneficiary or assignee Signature

Full Name in his/her own handwriting X

Full name of witness / agent Signature

Full Name in his/her own handwriting X

Agent code

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable) Policy owner's signature

X Signature X Signature

(To be completed by the Company)

The above change / reinstatement has been accepted by the company and shall take affect as of

Date Authorised signature

X

Need help?

How to contact us							How to submit the form
Country	UAE	Kuwait	Oman	Bahrain	Qatar	Any other Country	Please send original documents to: Customer Care - MetLife Bausher, PO BOX 894, PC 114, Jibroo, Sultanate of Oman
Call us	800 - MetLife (800 - 6385433)	+965 2 208 9333	800 70708	800 08033	800 9711	+971 4 415 4555	
Mail us	Bausher, PO BOX 894, PC 114, Jibroo						
E-mail us	customerservices.gulf@metlife.com						
Website	www.metlife-gulf.com						

رقم الوثيقة (الوثائق)

تعليمات: استخدم هذا النموذج لطلب إجراء تغييرات أو إعادة سريان وثيقة الحوادث والصحة الفردية لديك. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في ملء هذا النموذج، يرجى الاتصال بممثلي خدمة العملاء لدينا.

المتطلبات: (١) نموذج تغيير / إعادة سريان الوثيقة؛ (٢) صورة من جواز سفر ساري أو صورة من بطاقة هوية شخصية سارية وصورة إقامة سارية (إن وجدت) في حالة "تغيير المستفيد" أو "تغيير الملكية" (٢ ب) المستندات الداعمة في حالة "تغيير الاسم" ملاحظة:

- يُقدم نموذج الطلب الأصلي خلال ٣٠ يومًا من تاريخ التوقيع.
- القسم "أ"

الإقامة الحالية		الوزن	الطول	تاريخ الميلاد	معرف العميل	العلاقة بصاحب الوثيقة	الإقامة	الجنسية	الاسم الكامل للمؤمن عليه / صاحب الوثيقة / الزوج / الطفل	
البلد	المدينة									
										١
										٢
										٣
										٤
										٥

التكرار	العملة	مبلغ الدخل	الواجبات اليومية	الوظيفة	طبيعة العمل	اسم صاحب العمل	الاسم الكامل للمؤمن عليه / صاحب الوثيقة / الزوج	
								١
								٢
								٣
								٤
								٥

عنوان المراسلات

البلد المدينة / البلدة ص.ب

المنطقة / الشارع المبنى رقم الشقة / الفيلا

الهاتف - رمز المنطقه - البريد الالكتروني

هل تعتزم السفر خلال الاثني عشر شهرًا القادمة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة هي "نعم"، يرجى تقديم تفاصيل السفر:

المدة	الغرض	الوجهة - المدينة/البلد	الاسم الكامل للمسافر

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المستفيد
غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

تفاصيل الدفع:

لا نعم

هل يقوم صاحب الوثيقة بالدفع من امواله الخاصة؟

إذا كانت الإجابة هي "لا"، يرجى المتابعة لإكمال

نموذج "بيانات الشخص المخول بالدفع" بشكل منفصل

إذا كانت الإجابة هي "نعم"، يرجى المتابعة لإكمال التفاصيل أدناه:

يرجى تقديم تفاصيل حسابك البنكي، والتي سوف تستخدمها لدفع القسط

<input type="text"/>	اسم البنك
<input type="text"/>	فرع البنك وعنوانه:
<input type="text"/>	البلد
<input type="text"/>	اسم الحساب
<input type="text"/>	رقم الحساب

رقم IBAN (ملاحظة: حسب منطقتك، قد لا تحتاج إلى استخدام جميع مربعات IBAN)

ملاحظة: يرجى مراجعة قسم تفاصيل الحساب في "نموذج دافع الطرف الثالث" لكل من الأفراد والشركات.

القسم "ب"

تغيير المستفيد

النسبة	الإقامة	الجنسية	تاريخ الميلاد						العنوان	العلاقة	الاسم الكامل للمستفيد الجديد							
			يوم	يوم	شهر	شهر	سنة	سنة										
			سنة	سنة	سنة	سنة	شهر	شهر	يوم	يوم								
			سنة	سنة	سنة	سنة	شهر	شهر	يوم	يوم								
			سنة	سنة	سنة	سنة	شهر	شهر	يوم	يوم								
			سنة	سنة	سنة	سنة	شهر	شهر	يوم	يوم								
			Y	Y	Y	Y	M	M	D	D								

تغيير طريقة الدفع من إلى بداية من القسط المستحق

تغيير الوظيفة إلى

توقيع قديم

توقيع جديد

طلب إضافي

توقيع المستفيد

توقيع صاحب الوثيقة

توقيع

غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

جدول المزايا المطلوبة حديثاً (تشمل جميع المزايا، حتى تلك التي لن يتم تغييرها)

المعالون		الزوج (الزوجة) الفئة المهنية		المؤمن عليه الفئة المهنية		العملة
المبلغ	القسط	المبلغ	القسط	المبلغ	القسط	المزايا
المبلغ الأصلي		المبلغ الأصلي		المبلغ الأصلي		الموت العرضي، وبتن الأعضاء، والعجز الكلي الدائم
المبلغ		المبلغ		المبلغ		سداد المصاريف الطبية للحادث
غير معروض		الاستحقاق الأسبوعي		الاستحقاق الأسبوعي		دخل إعاقة الحادث ١٠٤ أسبوع
الاستحقاق الأسبوعي		الاستحقاق الأسبوعي		الاستحقاق الأسبوعي		دخل الإقامة بالمستشفى بسبب حادث ومرض (١٦٤)
غير معروض		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		دخل الإقامة بالمستشفى بزيادة ٥٠٪ لأمراض القلب والسرطان
		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		الدخل المضاعف للإقامة بالمستشفى في الولايات المتحدة وكندا وأوروبا
أقصى ميزة		أقصى ميزة		أقصى ميزة		الإقامة بالمستشفى بسبب حادث ومرض مصروفات الجراحة (٧٧)
						المزايا الأخرى

يرجى ذكر متوسط دخلك الأسبوعي خلال الـ ١٢ شهراً الماضية: العملة إعادة السريان: أتقدم بموجبه بطلب لإعادة سريان الوثيقة المذكورة أعلاه.لقد قمت بالدفع لهذا الطلب

يتعلق الإقرار الوارد أدناه بجميع المؤمن عليهم المحددين:

 في حال كان مقدم الطلب أنني، فيرجى ذكر أنك لست حاملاً الآن.

- أقر بأنه لم يحدث أي تغيير في حالتي الصحية ولم أتلق أي رعاية أو استشارة أو فحص طبي على الإطلاق، ولم أجري أي اختبارات طبية، بما في ذلك اختبارات الدم للأجسام المضادة لفيروس الإيدز (متلازمة نقص المناعة المكتسب) منذ تاريخ إكمال طلبي للتأمين في الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)، علاوة على ذلك، أقر بأن جميع إجاباتي المذكورة في الطلب، بما في ذلك تلك المتعلقة بوظيفتي لا تزال صحيحة (باستثناء ما هو مذكور أدناه *).

*ملاحظة: بغض النظر عن أي شيء آخر مخالف لذلك في وثيقة التأمين أو في العقود التكميلية المرفقة بها، يجوز للشركة الاعتماد فقط على هذا الطلب لإجراء التغيير دون الحاجة إلى أي موافقة أيًا كانت.

الإقرارات

(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 بخدمات 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) أقدم بموجبه موافقة صريحة لا لبس فيها إلى متلايف على معالجة بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي مستلم سواء داخل البلاد أو خارجها، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية و/أو فروعها و/أو شركاتها التابعة و/أو معيدي التأمين و/أو شركاء الأعمال و/أو المستشارين المهنيين و/أو وسطاء التأمين و/أو مقدمي الخدمات عندما نرى ضرورة نقل هذه البيانات الشخصية أو مشاركتها من أجل: (١) أداء هذه الوثيقة؛ (٢) مساعدة متلايف في تطوير أعمالها ومنتجاتها؛ (٣) تحسين تجربة عملاء متلايف؛ (٤) الامتثال للقوانين واللوائح المعمول بها؛ أو (٥) الامتثال لوكالات إنفاذ القانون الأخرى فيما يتعلق بالعقوبات الدولية واللوائح الأخرى المطبقة على متلايف. تضمن متلايف أن يخضع هؤلاء المستلمين لالتزامات سرية كافية من أجل ضمان سرية المعلومات الشخصية، شريطة أن تلتزم الشركة بالقوانين المعمول بها فيما يتعلق بمعالجة هذه البيانات الشخصية ومشاركتها ونقلها.

*البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء كانت محددة على أنها "شخصية" أم لا) التي تم الإفصاح عنها إلى متلايف بأي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر والتي تتعلق، على سبيل المثال لا الحصر، بحالتي الطبية، أو العلاجات، أو الوصفات الطبية، أو الأعمال التجارية، أو العمليات، أو تفاصيل الاتصال، أو أرصدة / أنشطة الحساب أو أي معاملات تتم مع متلايف.

أخول 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 يشكل 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.

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المستفيد
غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

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 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 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):

- 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 ٣١٪.
- 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 اطلاع متلائف وموظفيها ووكلائها عن أي معلومات سرية إلى:

- أى عضو في المجموعة وممثلي متلائف في أي ولاية قضائية (ويشار إليهم مع متلائف بلفظ "الأطراف المسموح بها")؛
 - أى 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 الأمريكية) لها اختصاص على أي من الأطراف المسموح بها؛
 - المستشارون المهنيون، وشركة التأمين، ومعيد التأمين أو وسيط التأمين ومقدمو الخدمات للأطراف المسموح بها الذين يقع عليهم واجب السرية تجاه الأطراف المسموح بها؛
 - أى متنازل إليه أو محال له أو منقول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بأي من حقوق و / أو التزامات متلائف 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 لمتلائف 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 متلائف).
- تقوم متلائف بخصم أي اقتطاع مطلوب بموجب قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الولايات المتحدة ("FATCA").
- تحتفظ متلائف 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 متلائف. 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 متلائف بالحق في إغلاق ذلك الحساب.

إقرار الاعتماد الذاتي للإقامة الضريبية للأفراد حسب معيار الإبلاغ المشترك:

معيار الإبلاغ المشترك (CRS)، هو معيار لتبادل المعلومات الضريبية وضعت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ("OECD") وتمت الموافقة عليه في ١٥ يوليو ٢٠١٤.

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

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيمًا لأغراض الضريبة في 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:

السبب "أ"

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

السبب "ب"

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

السبب "ج"

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

البلد / الولاية القضائية للإقامة الضريبية	رقم التعريف الضريبي	إذا لم يتوفر رقم التعريف الضريبي، أدخل السبب "أ" أو "ب" أو "ج"	إذا تم اختيار السبب "ب"، فيرجى التوضيح
١٠			
٢٠			
٣٠			

أدرك أن المعلومات التي قدمتها تخضع للأحكام الكاملة للبند 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 (حسابات) يمكن الإفصاح عنها قد يتم الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد / الولاية القضائية التي يتم الاحتفاظ فيها بهذا الحساب (الحسابات) وتبادلها مع السلطات الضريبية لبلد (بلدان) / ولاية (ولايات) قضائية أخرى يخضع فيها صاحب الحساب للضرائب بموجب اتفاقيات حكومية دولية لتبادل معلومات الحساب المالي.

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

إقرار:

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 محدث مناسب في غضون ٩٠ يوماً من هذا التغيير في الظروف.

إقرار البريد الإلكتروني:

١- الإشعارات: أحول بموجبه متلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات إلكترونياً (بما 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 الأخطاء، ولن يتم اعتبار أو معاملة أي خطأ أو توقف من هذا القبيل كمصدر لخلق أي شكل من الأشكال 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.

٢- إرسال الوثائق واستلامها إلكترونياً: من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني وتوقيع هذا الطلب، أوافق على استلام وثيقة التأمين والشهادة / أو أي مستندات أخرى من متلايف وإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بالوثيقة ("الوثائق") إلى متلايف عبر البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). أدرك تماماً أنه بموجب اختيار هذه الوسيلة الإلكترونية لإرسال المعلومات والوثائق أو استلامها، فإنني أتحمّل مسؤولية التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته في هذا الطلب في جميع الأوقات، كما أتحمّل مسؤولية إبلاغ متلايف على الفور في حال تغيير عنوان البريد الإلكتروني أو التوقف عن استلام الوثائق. وأوافق على أن جميع المعلومات والوثائق المرسلة إلى عنوان بريدي الإلكتروني أو المستلمة منه على النحو الوارد في هذا الطلب تعتبر صالحة وتُعتبر عني أو مرسلة لي شخصياً. 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 إلكترونياً، فإنه يجب على إلغاء هذا التفويض من خلال مستند كتابي آخر. وبتوقيع هذا الطلب أيضاً، 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. وأوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم إدراجه في قائمة البريد الإلكتروني لمتلايف وأقبل أي مخاطر كامنة تتعلق باتصالات البريد الإلكتروني.

التوقيع

موقع في المدينة البلد اليوم شهر سنة سنة ٢٠

الاسم الكامل لصاحب الوثيقة الاسم الكامل بخط اليد التوقيع

الاسم الكامل للمستخدم أو المتنازل إليه غير القابل للتغيير الاسم الكامل بخط اليد التوقيع

الاسم الكامل للشاهد / الوكيل الاسم الكامل بخط اليد التوقيع

رمز الوكيل

توقيع المستخدم توقيع صاحب الوثيقة التوقيع

(يتم إكمالها بمعرفة الشركة)

تم قبول التغيير / سريان التأمين الوارد أعلاه من جانب الشركة ويسري اعتبارًا من

التوقيع المعتمد

التاريخ

بحاجة إلى مساعدة؟

كيفية تقديم النموذج	كيفية الاتصال بنا						
يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى: رعاية العملاء - متلايف بوش، صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤، جبروه - سلطنة عمان	أي 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
	بوش، صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤، جبروه						راسلنا عبر البريد
	customerservices.gulf@metlife.com						راسلنا عبر البريد الإلكتروني
www.metlife-gulf.com						الموقع الإلكتروني	

الشركة الأمريكية للتأمين علي الحياة مسجلة تحت هيئة سوق المال (CMA)

رقم التسجيل ١١٢٢٤٩٥ - رقم البطاقة الضريبية ٨١٣٢٠٠٠

رقم تسجيل ضريبة القيمة المضافة ١١٠٠١٠٥١٧ OM

الشركة الأمريكية للتأمين علي الحياة هي إحدى الشركات التابعة لمتلايف أنك