

وثيقة استحقاق وإبراء ذمة إستمارة طلب

رقم البوليصه

معلومات عن مالك البوليصه

الإسم الأول	إسم الأب	اللقب	
هاتف	مع رمز المدينة	أفضل وقت للإتصال	
يرجى ذكر جميع الجنسيات: (١)	(٢)	(٣)	
الإقامة*	(١)	(٢)	(٣)

*الإقامة- هي الولاية التي تلتزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية.

يرجى بهذا الطلب أن تدفعوا لي كامل مستحقات الوثيقة بموجب شروط الإستحقاق مخصصاً منها أي دين مستحق للشركة بموجب هذه الوثيقة.
وهذا وأنه وبمجرد تسديد أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف) لكامل مستحقات الوثيقة أعلاه، وإستلامه له، أكون قد أبرأت ذمتها إبراءً كاملاً وشاملاً ونهائياً، لكافة إلتزاماتها بموجب الوثيقة المذكورة والعقود الإضافية الملحقه بها.

كيف ترغب أن يدفع لك؟

الشيك الصك المصرفي تحويله إلى حسابك المصرفي

إذا رغبت بالتحويل إلى حسابك المصرفي، يرجى تزويدنا بمعلومات حسابك المصرفي:

رقم حسابك المصرفي	إسم المصرف
الفرع	المدينة
الدولة	الرمز المصرفي

(قد تكون هناك رسوم للصك المصرفي أو التحويل المصرفي)

يرجى إرفاق المطلوب ادناه مع هذا الطلب:

- البوليصة الأصلية أو إعلان فقدان البوليصه، إذا كانت البوليصه الأصلية مفقودة.
- صورة عن جواز سفر مالك البوليصه و المؤمن عليه.
- الإتفاقات الأصلية المتعلقة ب FPDF/PDA/صناديق جانبية فرعية، إذا وجد.

أمنح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلق خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ العقد أو للامتثال لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية و جهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بالشركة.

أخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجبة التطبيق والنفاد على الشركة فيما يتعلق بالعقوبات الدولية وأوافق أنه لغرض الامتثال بالعقوبات المحلية والدولية بما في ذلك العقوبات الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية والأمم المتحدة، ويجوز للشركة وفق تقديرها الخاص إتخاذ أي إجراء تراه ملائماً فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصة التأمين الخاصة بي و/أو استمرار نفاذها.

الإقرارات

- أوافق على أن ترسل لي الشركة الإخطارات والإشعارات عن طريق خدمة الرسائل القصيرة على الهاتف الخليوي، كما و أوافق على أن أتلقى هذه الرسائل القصيرة وأن الشركة لا تقدم أي ضمان بأن الرسائل القصيرة سيتم إرسالها دون انقطاع و أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو انقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لإنشاء أية مسؤولية على الشركة. وأنعهد بأنني لن أباهر بإقامة أي دعوى أو مطالبة ضد الشركة من جراء أي خطأ أو انقطاع للرسائل القصيرة لأي سبب من الأسباب من جراء استقبال/عدم استقبال الرسائل القصيرة.
- أخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجبة التطبيق والنفاد على الشركة فيما يتعلق بالعقوبات الدولية وأوافق أنه لغرض الامتثال بالعقوبات المحلية والدولية بما في ذلك العقوبات الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية والأمم المتحدة، ويجوز للشركة وفق تقديرها الخاص إتخاذ أي إجراء تراه ملائماً فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصة التأمين الخاصة بي و/أو استمرار نفاذها.

ج. أمّح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلق خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ العقد أو للامتثال لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية وجهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بالشركة.

*البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات التي تخصني (سواء كانت شخصية أو غيرها) والتي يتم الكشف عنها إلى متلايف بأية طريقة مباشرة أو غير مباشرة والتي تتعلق بالحالات الصحة أو الأدوية أو الوصفات الطبية أو العمل أو العمليات أو بيانات الاتصال أو أرصدة/أنشطة الحسابات أو أي معاملات تقوم بها متلايف، وذلك على سبيل المثال لا الحصر.

التصريحات الخاصة بمصلحة الضرائب الأمريكية

لدي تقديم طلب الحصول على التأمين المبين في هذا النموذج ، و عند التوقيع على هذا الطلب فإن مقدم الطلب يشهد بأن المؤمن عليه، طالب التأمين و المستفيدين:

هم ليسوا من حاملي الجنسية الأمريكية و ذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية^(٣٠)

و يوافق طالب التأمين على إبلاغ الشركة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ معرفته بحصول أي تغيير في حال أصبح طالب التأمين و/أو أي من المستفيدين المعينين شخصاً أمريكياً خاضعاً لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية أو في حال تحويل طالب التأمين هذه البوليصة لشخص أمريكي خاضع لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية.

تجدد الإشارة بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان كاذب لشخص أمريكي الجنسية حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي إلى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية.

• رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بطلب التأمين و المؤمن عليه

• رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بالمستفيدين

١. لإعتبارات خاصة بضريبة الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية، تلزم دائرة الضرائب الأمريكية الشركة بإبلاغها عن أي مدخول يتم دفعه إلى أشخاص خاضعين لضريبة الدخل الفيدرالية للولايات المتحدة الأمريكية. يرجى الملاحظة بأنه في حال كنت شخصاً أمريكياً، لإعتبارات ضريبة الدخل المشار إليها أعلاه ولم تقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة، فإن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإحتساب و الاقتطاع بضريبة دخل بمعدل قد يصل إلى ٣١٪ من المبالغ المدفوعة لك.

٢. يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية و أي صندوق إئتماني يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف و مراقبة المحاكم الأمريكية.

قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية

يوافق المؤمن عليه/مالك البوليصة على قيام متلايف وموظفيها ووكلائها بالإفصاح عن أي معلومات سرية ل:

١. أي عضو مجموعة وممثلي "متلايف" في أي إقليم أو دولة كانت (معا مع متلايف "الأطراف المسموح لهم")؛

٢. أي أشخاص حسب ما يكون مطلوب بموجب أي قانون (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية) أو جهة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر، وكالة خدمة العوائد الداخلية الأمريكية) لدى نطاق السلطة على أي من الأطراف المسموح لهم،

٣. المستشارين المهنيين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونوا تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،

٤. أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلايف بموجب هذه بوليصة (أو أي وكيل أو مستشار لأي من ما سبق)، و

المعلومات السرية: تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/مالك البوليصة (سواء حدد على أنه "سري" أم لم يحدد) والتي تم الإفصاح عنها بواسطة أي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تخص العمل التجاري أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه/مالك البوليصة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال، رقم الهوية الضريبية/رقم الضمان الاجتماعي، أرصدة الحسابات/الأنشطة أو أي معاملات جارية مع متلايف).

سوف تقوم متلايف باستقطاع أي ضريبة مفروضة بموجب قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق في إنهاء البوليصة بإرادتها المنفردة اذا لم يقدم المؤمن عليه/مالك البوليصة المستندات المتبته لوضعه وما اذا كان خاضعاً للضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية (FATCA)، وذلك خلال المدة الممنوحة لذلك. وعلى وجه الخصوص، تحتفظ متلايف بالحق في فسخ البوليصة اذا ما كانت القوانين أو اللوائح المحلية تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب البوليصة أو تمنع الإفصاح عن معلومات تتعلق بالبوليصة، ولم يتم الحصول على الموافقات اللازمة لاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

CRS إعلان

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

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

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

السبب أ

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

السبب ب

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

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).

بلد الإقامة الضريبية	رقم التعريف الضريبي	إذا كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر فاذكر السبب «أ» أو «ب» أو «ج»	إذا ذكرت السبب «ب» يرجى التوضيح
١.			
٢.			
٣.			

أقر بأنني أتفهم 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.

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.

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.

الإقرارات:

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 المعرف 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.

إقرار البريد الإلكتروني

من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني والتوقيع على هذا الطلب، فإنكم توافقون على تسليم مستندات البوليصة والشهادة و/أو أي مستندات أخرى (المستندات) من خلال البريد الإلكتروني (الإيميل)، ويرجى العلم بأنه عند اختيار التسليم الإلكتروني للمستندات، تتحملون مسؤولية التأكد على صحة عنوان البريد الإلكتروني المقدم إلينا في جميع الأوقات. ولن تتحمل متلايف أي مسؤولية عن عدم استلام الرسائل الإلكترونية بسبب خطأ عنوان البريد الإلكتروني أو المشكلات التقنية الأخرى المتعلقة بخدمة البريد الإلكتروني. وفي حالة الرغبة في تغيير عنوان البريد الإلكتروني لدى متلايف أو في حالة الحاجة إلى نسخة ورقية من المستندات أو في حالة الاعتقاد بعدم استلام المستندات، يرجى إشعارنا على الفور. وعند التوقيع على هذا الطلب، توافقون وتقررون بأنه في حالة الرغبة في وقف استلام المستندات إلكترونياً، يجب إبطال هذا التفويض من خلال وثيقة خطية أخرى. وكذلك عند التوقيع على هذا الطلب، فإنكم تقررون بالإطلاع على وفهم سياسيات متلايف بخصوص السرية وشروط الاستخدام عبر الموقع الإلكتروني www.metlife.com/about/privacy والإطلاع على أية شروط استخدام أو بيان السرية لأي مزود خدمة مستقبلي تستخدمه متلايف، وأنكم تفهمون أنه على الرغم من اتخاذ متلايف جميع الاحتياطات لحماية سرية معلومات الأعضاء، فإنها لا تضمن سلامة أية معلومات، وتوافقون على تقديم عنوان البريد الإلكتروني حتى يدرج في قائمة بريد متلايف الإلكتروني وقبول أية مخاطر متزامنة مع ذلك ومرتبطة مع المراسلات عبر البريد الإلكتروني.

التوقيع

وقع في مكان هذا اليوم من شهر ٢٠

<input type="checkbox"/>	التوقيع	الإسم كاملاً بخط يده	إسم المستفيد غير القابل للتغيير أو المتنازل له
<input type="checkbox"/>	التوقيع	الإسم كاملاً بخط يده	إسم المؤمن عليه
<input type="checkbox"/>	التوقيع	الإسم كاملاً بخط يده	إسم مالك البوليصة

للمساعدة

البلد	الإمارات العربية المتحدة	كويت	عمان	بحرين	قطر	من أي دولة أخرى
الهاتف	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	+٩٦٥ ٢ ٢٤٧ ٤٢٧٧	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥
البريد	ص.ب. ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة					
البريد الإلكتروني	CustomerCare.QA@metlife.qa					

أميركان لايف إنشورنس كومباني مسجلة لدى وزارة الاقتصاد والتجارة في دولة قطر، رقم التسجيل ٤٩٠ أميركان لايف إنشورنس كومباني، الاسم التجاري «متلايف» مرخصة من قبل مصرف قطر المركزي