

Application for Health Certificate



In connection with:

- Reinstatement Removal / Reduction in Rating
 Change in Plan Change in Coverage
 Addition of Benefits

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

Policy No.

--	--	--

Instructions: Use this form to request for any of the above changes to your individual life policy. 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.

Requirement(s): (1) Copy of Valid I.D. and Visa page. (2) Third party pay form, in case the policy owner is not making the previous payment from his own funds. If the application for health certificate is signed outside UAE then the application and other supporting documents should be notarized by the country where it has been signed.

Note:

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

SECTION 1: All insured details under the policy - Please fill both tables

Full name of Insured / Joint Insured / Owner/ Spouse / Child (as applicable)	Nationality	Relationship to Policy Owner	I.D. No	Date of Birth	Height	Weight
1	Full Name					
2	Full Name					
3	Full Name					
4	Full Name					
5	Full Name					

Full name of Insured / Joint Insured / Owner/ Spouse / Child (as applicable)	Current Residence		Employer's Name	Nature of Business	Daily Duties	
	City	Country				
1	Full Name					
2	Full Name					
3	Full Name					
4	Full Name					
5	Full Name					

Current Correspondence Address

Country		City / Town		P.O. Box			
Area / Street		Building		Flat/Villa No.			
Telephone	Country Code	- Area Code		Mobile	Country Code	- Area Code	
Email address							

SECTION 2: Declarations: (Please tick each box to confirm) to be completed by policy owner

*If any part of the declarations cannot be confirmed, provide details in the Exceptions to the declaration at the end of this section.

I, Full Name the undersigned, declare that since the date of signing the application for the said policy, I and all Insured's named above and covered in this policy:

Insured /Joint Insured Signature X Signature

Policy Owner's Signature X Signature

1. 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 fill the account details section in the third party payor form for both individual and corporate:

2. Annual Income in the last 12 months. Currency Amount

- 3. I / We have not had any change in the place of residence, nature of business, financial status, occupation, or hobbies.
- 4. I / We have not applied for new insurance, change in plan or reinstatement, which was declined, or postponed, withdrawn, or modified in kind, amount or rate.
- 5. I / We do not intend to travel during the next twelve months.

If ‘Yes’, here are the travel details:

Full Name	Destination - Country / City	Purpose	Duration

- 6. a. I / We do not intend to fly other than a fare-paying passenger in an aircraft operated by a commercial passenger airline on a scheduled service over an established passenger route.
- b. I / We do not undertake or have plans to undertake any hazardous sport or activity such as Diving, Mountain Climbing, etc.
- 7. Are in good health and do not intend to seek medical advice or undergo medical tests.
- 8. I / We have not met with any illness or accident, and have not consulted any medical facility, or done any tests including those connected with HIV or AIDS.
- 9. No deaths have occurred in the family (Parents, Brothers, Sisters).
- 10. If I am a female; I am not pregnant. (If yes, how many months?)

11. Smoker’s details:

Do you use or smoke any type of tobacco cigarettes, cigar, pipe, shisha, chewing? **YES** **NO**

If yes, type quantity per day

12. Non-smoker details:

If currently you are not using or smoking a tobacco product, have you ever smoked or used any type of tobacco (cigarettes, cigar, pipe shisha, chewing)?

Insured /Joint Insured Signature X Signature

Policy Owner’s Signature X Signature

What type you used to smoke?
 What is the quantity you used to smoke per day?
 For how long did you smoke?
 When did you stop?
 Why did you stop?

Insured	Joint Insured	Owner

Exceptions to the Declaration*

No.	Details

Please mention in the below table the insurance details of active policies for both Insured and Owner (including personal accident coverage)

Name	Company's Name	Policy No.	Amount	Effective Date	Rating	Type of Coverage	Benefits	Amount

- (a) I declare that each of the above answers is full, complete and true and agree that they shall be taken as the basis of the reinstatement, change or issue of the above insurance, and that such reinstatement, change or issue shall not be considered as affected by reason of settlement made in payment of or on account of the amount now due until this application shall be duly approved by the company, and that the receipt, retention, deposit or cashing or any such payment or settlement by the company or its agent shall not constitute a waiver or forfeiture, or otherwise affect this condition. I also understand that, notwithstanding any provisions to the contrary in said policy, the policy, but not any part thereof granting disability or accident benefits, if reinstated or modified in such a manner to increase the risk, shall become incontestable after it has been in force during the lifetime of the insured for two years from the date of this application, except for non-payment of premium, fraud and willful misrepresentation, and any part hereof granting Disability or Accident benefits.
- (b) 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.
- (c) **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.
- (d) 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 applying for insurance coverage as indicated in this application, and in signing this application, the applicant(s) certify(ies) that the 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.

Insured /Joint Insured
Signature

Signature

Policy Owner's Signature

Signature

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 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 Numbers 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 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)

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.			

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.

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.

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.

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.

Insured /Joint Insured
Signature

Policy Owner's Signature

Signature

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.

I have paid on account of charge for reinstatement, change or issue on insurance under policy number stated above in accordance with the provision of the conditional receipt bearing the number of this application.

Signatures

Signed at 20

City Country Day Month Year

Full Name of Policy Owner Signature

Full Name of Irrevocable Beneficiary or Assignee Signature

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

Full Name of Witness / Agent 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						

فيما يتعلق بـ:

أميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)
الكويت، ص.ب. ٦٦٩، الصفاة ١٣٠٠٧، الكويت
هاتف ٩٣٥٠ ٢٠٨ ٩٣٣٤ فاكس ٩٦٥ ٢٠٨ ٩٣٣٤

إزالة / انخفاض التصنيف

إعادة سريان

التغيير في التغطية

التغيير في الخطة

إضافة مزايا

--	--	--

الوثيقة رقم

تعليمات: استخدم هذا النموذج لطلب أي من التغييرات المذكورة أعلاه على وثيقة التأمين على الحياة الفردية الخاصة بك. يرجى ملء هذا النموذج بالكامل لتجنب أي تأخير في المعالجة. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في ملء هذا النموذج، يرجى الاتصال بممثلي خدمة العملاء لدينا.

المتطلبات: (١) صورة من هوية صالحة وصفحة تأشيرة، (٢) نموذج "دافع الطرف الثالث"، في حالة عدم قيام صاحب الوثيقة بسداد الدفعة السابقة من أمواله الخاصة. إذا تم توقيع طلب الشهادة الصحية خارج دولة الإمارات العربية المتحدة، فيجب أن يتم توثيق الطلب والوثائق الداعمة الأخرى من جانب البلد التي تم التوقيع بها.

ملاحظة:

• يُقدم نموذج الطلب الأصلي خلال ٣٠ يومًا من تاريخ التوقيع.

القسم ١: جميع تفاصيل المؤمن عليه بموجب الوثيقة - يرجى ملء كلا الجدولين

الاسم الكامل للمؤمن عليه / المؤمن عليه المشترك / صاحب الوثيقة / الزوج (الزوجة) / الطفل (حسب الاقتضاء)	الجنسية	العلاقة بصاحب الوثيقة	رقم بطاقة الهوية	تاريخ الميلاد	الطول	الوزن
الاسم الكامل						
الاسم الكامل						
الاسم الكامل						
الاسم الكامل						
الاسم الكامل						

الاسم الكامل للمؤمن عليه / المؤمن عليه المشترك / صاحب الوثيقة / الزوج (الزوجة) / الطفل (حسب الاقتضاء)	الإقامة الحالية		اسم صاحب العمل	طبيعة العمل	الواجبات اليومية
	المدينة	الدولة			
الاسم الكامل					
الاسم الكامل					
الاسم الكامل					
الاسم الكامل					
الاسم الكامل					

عنوان المراسلات الحالي

البلد	المدينة / البلدة	ص.ب
المنطقة / الشارع	المبنى	رقم الشقة / الفيلا
الهاتف	رمز البلد - رمز المنطقة - الجوال	رمز البلد - المنطقة
البريد الإلكتروني		

القسم ٢: الإقرارات: (يرجى وضع علامة في كل مربع للتأكيد) يقوم صاحب الوثيقة بملء هذا الجزء

* إذا تعذر تأكيد أي جزء من الإقرارات، فيرجى تقديم التفاصيل في جزء "استثناءات الإقرارات" الوارد في نهاية هذا القسم.

أقر أنا الموقع أدناه، بأنه منذ تاريخ توقيع طلب الوثيقة المذكورة، فأني وجميع المؤمن عليهم المذكورين أعلاه والمشمولين في هذه الوثيقة:

١. تفاصيل الدفع:

نعم لا

هل يقوم صاحب الوثيقة بالدفع من أمواله 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

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المؤمن عليه والمؤمن عليه المشارك (حيثما ينطبق)

الرقم	التفاصيل

يرجى التوضيح في الجدول أدناه تفاصيل التأمين الخاصة بالوثائق النشطة لكل من المؤمن عليه وصاحب الوثيقة (بما في ذلك تغطية الحوادث الشخصية)

الاسم	اسم الشركة	رقم الوثيقة	المبلغ	تاريخ التغطية	التصنيف	نوع التغطية	المزايا	المبلغ

الإفرازات

- أ. أقر بأن كل الإجابات المذكورة أعلاه كاملة ومكتملة وصحيحة وأوافق على الاستعانة بها كأساس لإعادة سريان أو التغيير أو إصدار أنواع التأمين المذكورة أعلاه، وأن إعادة السريان أو التغيير أو الإصدار على هذا النحو لا يتأثر نتيجة لتسوية دفع المبلغ المستحق حالياً حتى يتم اعتماد هذا الطلب حسب الأصول من قبل الشركة، وأن إيصال أو استبقاء أو إيداع أو صرف أو أي دفع أو تسوية من هذا القبيل من قبل الشركة أو وكيلها لا يشكل تنازلاً أو تخلياً عن ذلك الشرط أو يؤثر عليه بطريقة أخرى. كما أدرك أيضاً أنه، بغض النظر عن أي أحكام تتعارض مع ذلك في الوثيقة ذات الصلة، فإن الوثيقة، ولكن ليس أي جزء منها يمنح مزايا العجز أو الحوادث، إذا أعيد تأمينها أو تعديلها بطريقة تزيد من المخاطر، تصبح غير قابلة للتنازع بعد أن كانت سارية المفعول خلال عمر المؤمن له لمدة عامين من تاريخ هذا الطلب، باستثناء عدم دفع قسط التأمين والاحتياط والتضليل المتعمد، وأي جزء منها يمنح مزايا العجز أو الحوادث.
- ب. 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 والمحددون 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 تعريض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين معمول بها.
- ج. **تحويل البيانات:** أنا أمض 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 نتخذ 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 أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.
- د. 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.

إقرار دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية (IRS)

يشهد مقدم الطلب (الطالبات)، 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 الطالبات) على إبلاغ الشركة في غضون ثلاثين (٣٠) يومًا من معرفة مقدم الطلب بهذا التغيير في المعلومات.

إذا أصبح مقدم الطلب (مقدمو الطالبات) 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 الطالبات) 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 الإفراز، 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.

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المؤمن عليه والمؤمن عليه المشارك
(حيثما ينطبق)

يوافق المؤمن عليه / صاحب الوثيقة على اطلاع متلايف وموظفيها ووكلائها عن أي معلومات سرية إلى:

(١) أي عضو في المجموعة وممثلي متلايف في أي ولاية قضائية (ويشار إليهم مع متلايف بلفظ "الأطراف المسموح بها")؛

(٢) أي شخص وفقاً 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؛

(٣) المستشارون المهنيون، وشركة التأمين، ومعيد التأمين أو وسيط التأمين ومقدمو الخدمات للأطراف المسموح بها الذين يقع عليهم واجب السرية تجاه الأطراف المسموح بها؛

(٤) أي متنازل إليه أو محال له أو منقول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بأي من حقوق و / أو التزامات متلايف 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 لمتلايف 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 متلايف).

تقوم متلايف بخصم أي اقتطاع مطلوب بموجب قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الولايات المتحدة ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق، وفق مطلق تقديرها، في إنهاء الوثيقة في حالة عدم تقديم الوثائق المناسبة لوضع المؤمن عليه / صاحب الوثيقة من حيث كونه مواطناً أمريكياً أو غير أمريكي

لأغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الوقت المناسب إلى متلايف. على وجه الخصوص، في حالة حظر القوانين أو اللوائح المحلية المعمول بها الاقترع من الحساب أو حظر الإبلاغ المالي عن الحساب، ولم يتم الحصول على أي إعفاء من هذا القانون المحلي، تحتفظ متلايف بالحق في إغلاق ذلك الحساب.

إقرار الاعتماد الذاتي للإقامة الضريبية للأفراد حسب معيار الإبلاغ المشترك:

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

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

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيماً 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 التعريف 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 للبنود 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) قد يتم الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد / الولاية القضائية التي يتم الاحتفاظ فيها بهذا الحساب (الحسابات) وتبادله 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

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 حسب الأصول في غضون ٩٠ يوماً من هذا التغيير في الظروف.

التوقيع

X

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

X

توقيع المؤمن عليه والمؤمن عليه المشارك (حيثما ينطبق)

