

# Authority and Indemnity Form for Fund Switches



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  Country

## Policy Owner's Details

First name  Middle name  Last name

Mobile No.  Country Code  - Area Code  -  E-mail

Address  P.O. Box  City

## Whereas:

- I hereby represent and declare that the reason to give this authorization and indemnity form to American Life Insurance Company ("MetLife") is to utilize the quickest and most expedient means of communication regarding fund transfers and future premium allocations of my policy mentioned above.
- I understand that the transmission by facsimile and electronic mail ("Email") is the quickest and most expedient means of communicating my instructions to MetLife; and
- I hereby expressly acknowledge and declare that I am fully aware and cognizant of the various risks associated with communicating instructions to MetLife by facsimile and email transmissions and I hereby declare my acceptance to such risks.
- I hereby request and authorize MetLife to rely upon, accept and act on all fund transfer and future premium allocation instructions ("Letter of Instructions") that MetLife receives regardless of the nature of the transaction or the amount of money involved and notwithstanding any error or misunderstanding or lack of clarity in the terms of such communication which may from time to time be, or purported to be communicated/given by me or on my behalf to MetLife by email or facsimile transmission without inquiry on MetLife part as to the authority or identity of the person and regardless of the circumstances prevailing at the time of transmission of such email or facsimile of authorization.

## In consideration of my agreeing to accept and act upon instruction by Email or facsimile as above, I hereby confirm, agree and undertake the following:-

- While it is not mandatory for me to send the original letter of Instruction to MetLife, should I choose to forward the original Letter of Instructions to MetLife, the letter will be boldly marked with the following:  
"Emailed / FAXED ON Date:           -AVOID DUPLICATION".
- If for any reason or other, MetLife acted on instructions sent through my or any other fax machines which were misused, or were unauthorisedly sent by a person, or if MetLife do not received the original of any email or fax message as above, and subsequently it is proven that this email or fax is not sent by me, MetLife will not be responsible for acting on such unauthorized letter of instruction and I will take full responsibility and liability arising out of it.
- Acting by MetLife on what may be photocopies emanating from email or fax machines is fully binding on me even if MetLife does not receive the original of the Email or facsimile letter of instructions.
- MetLife will not be held liable for irregularity, delay or omission which may occur in the transmission of Email or facsimile instructions, or for the non-receipt of, or misinterpretation of the Email or facsimile of the Letter of Instructions.
- MetLife is hereby irrevocably authorized to rely on email or facsimile of Letter of Instruction as genuine, true and accurate reproduction of the original instructions and MetLife shall bear no liability for acting thereupon and MetLife is entitled to treat each email or facsimile of the Letter of Instructions as authorized and binding on me and MetLife is entitled (but not bound) to take such steps in connection with or in reliance upon such communication as MetLife may in its sole and absolute discretion, deem appropriate.
- This authorization and indemnity form covers my subject policy/policies with MetLife.
- MetLife may, at its own discretion, decide to randomly undertake call back checks to the following designated persons (who will have first-hand knowledge of the fund switches) to my registered email address or telephone numbers per MetLife records. I undertake to inform MetLife from time to time should there be any change in my contact details. It is understood that MetLife will attempt to contact me, and failing to make contact using any of them may, at MetLife's own discretion, decide to disregard the Letter of Instructions at my own risk and responsibility till MetLife is able to be satisfied that the instructions are genuine.
- If for any reason or other, MetLife is held responsible or found responsible/ liable for acting under these instructions as above by any other party or competent authorities, we hereby agree and undertake to protect, defend, hold harmless, indemnify and keep MetLife and its shareholders, directors, officers and employees fully indemnified of, from and against any and all claims, losses, damages, liabilities, obligations, demands, penalties, actions, causes of action, proceedings, judgments, suits, costs and expenses of any kind or nature whatsoever and howsoever arising which are imposed or that may be imposed on, incurred or that may incur, asserted or which may be asserted against, suffered or may be suffered by MetLife or be required to be paid by reasons of, or as a result of, arising directly or indirectly out of MetLife compliance with my aforesaid request and Letter of Instructions.

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable)  Signature

Policy owner's signature  Signature

9. In addition to the above, I hereby fully, irrevocably and forever waive, release, discharge and relieve MetLife from any and all claims, obligations and rights whatsoever and howsoever arising, that I may have against MetLife (if any) which arises or may arise as a result of or based on any existing laws, rules, regulations as we request and authorize MetLife to act as stated above and induce MetLife to accept this authorizations and indemnity form and Letters of Instructions through email or facsimile.

10. Without prejudice to MetLife rights as above or otherwise and notwithstanding any other provision to the contrary in this document, MetLife shall have the absolute right and discretion, for any reason whatsoever, to act or not to act upon the email or facsimile instructions.

**CRS Declarations**

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)

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.

**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.

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.

**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						
Country	UAE	Kuwait	Oman	Bahrain	Qatar	Any other Country
<b>Call us</b>	800 - MetLife (800 - 6385433)	+965 2 208 9333	800 70708	800 08033	800 9711	+971 4 415 4555
<b>Mail us</b>	P.O. Box 669 Safat 13007, State of Kuwait					
<b>E-mail us</b>	CustomerServices.Gulf@metlife.com					
<b>Website</b>	www.metlife-gulf.com					

**How to submit the form**

Please send **original** documents to:

**American Life Insurance Company (MetLife)**  
 Kuwait, P.O. Box 669 Safat 13007, State of Kuwait

American Life insurance Company - Registered under Ministry of Commerce and Industry - Kuwait. Registration No. 7245.

American Life Insurance Company is a MetLife, Inc. Company



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 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
١.			
٢.			
٣.			

أدرك أن المعلومات التي قدمتها تخضع للأحكام الكاملة للبنود والشروط التي تحكم علاقة صاحب الحساب مع متلائف والتي تحدد كيفية قيام متلائف 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 متلائف 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 متلائف بإقرار وتصديق ذاتي محدث حسب الأصول في غضون ٩٠ يوماً من هذا التغيير في الظروف.

يشهد مقدم الطلب (الطلبات)، لدى تقديم التغطية التأمينية على النحو الوارد في الطلب، بأن المؤمن عليه ومقدم الطلب وأي مستفيد (مستفيدين) معين:

(حدد الإجابة التي تنطبق)

مواطنًا أمريكيًا  ليس مواطنًا أمريكيًا لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية (١) (٢)

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، يوافق مقدم الطلب (مقدمو الطلبات) على إبلاغ الشركة/البنك التابع لها في غضون ثلاثين (٣٠) يومًا من معرفة مقدم الطلب بهذا التغيير في المعلومات. لا يجوز الاحتفاظ بالوحدات أو تحويلها إلى مستثمرين لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية.

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 ٢٠٪.
- 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:

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

(٢) أي 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؛

(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 متلائف بموجب هذه الوثيقة (أو أي وكيل أو مستشار لاي 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 الدفع في الحساب أو حظر الإبلاغ المالي عن الحساب، ولم يتم الحصول على أي إعفاء من هذا القانون المحلي، تحتفظ متلائف بالحق في إغلاق ذلك الحساب.

٢٠	سنة	سنة	شهر	شهر	يوم	يوم			وقع في
	السنة		الشهر		اليوم		البلد	المدينة	
							الاسم الكامل بخط اليد	الاسم الكامل لصاحب الوثيقة	
							الاسم الكامل بخط اليد	الاسم الكامل للمستفيد أو المتنازل إليه غير القابل للتغيير	
							الاسم الكامل بخط اليد	اسم الشاهد و التوقيع ليس مطلوباً اذا قدم العميل الطلب للمتلايف مباشرة	
								الاسم الكامل للشاهد / الوكيل	
								رمز الوكيل	

## للمساعدة

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

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة - مسجلة تحت وزارة الصناعة والتجارة - الكويت رقم التسجيل ٧٢٤٥.

أمريكان لايف انشورنث كومباني هي إحدى الشركات التابعة لمتلايف انك