

# Beneficiary Endorsement

Financial / Loan / Credit Facilities



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, PC114, Jibroo, Sultanate of Oman  
 Tel: +968 2477 0998, Fax: +968 2477 0901

## Application Number / Policy Number

Application No.  Policy No.  Application Date

## Policy Owner / Applicant

First Name  Middle Name  Last Name

## Details of Loan

Purpose of loan  Amount of loan   
 Currency of loan  Loan duration  Amount of insurance coverage requested  Currency  Coverage amount

## Irrevocable Beneficiary

Legal Name   
 Trade Name   
 Country of Incorporation

## Mailing Address (For Irrevocable Beneficiary)

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

The designation of the above Irrevocable beneficiary under the aforementioned policy, is a collateral for credit facilities / loans granted by the Irrevocable beneficiary to the policy owner / applicant.

At date of entitlement, provided credit facilities / loans are still due by the policy owner / applicant to the Irrevocable beneficiary, the policy proceeds less any debt on the policy, if any, shall be payable to the Irrevocable beneficiary up to the aggregate outstanding balance of such credit facilities / loans or up to the net amount of the policy proceeds, whichever is less.

**This assignment applies to payments made in respect of valid death claims only; valid claims payable due to critical illness, accelerated critical illness, terminal illness, permanent and total disability, hospitalization and/or dismemberment if any will be paid to the policy owner/contingent beneficiary.**

The company may pay the policy proceeds, if any, to the Irrevocable beneficiary as per loan currency equivalent to the applicable coverage limits of the policy in the currency stated in the policy specification schedule and subject to the terms of the Irrevocable beneficiary designation, by using an exchange rate determined by the insurance company in accordance with the prevailing official exchange rate at time of payment of the policy proceeds under the policy.

The balance of the net policy proceeds, if any, shall be payable to the "contingent beneficiary" as stated below, reduced by any debt on the policy, if any, with interest thereon, if applicable:

## Contingent Beneficiary

| Full Name of Beneficiary | Relationship | 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 |             |           |            |

The records of the company shall be conclusive evidence to the Irrevocable beneficiary and / or the contingent beneficiary of any debt on the policy, if any, while the records of the Irrevocable beneficiary shall be conclusive evidence to the company of the aggregate outstanding balance of the credit facilities / loans, if any.

**"I hereby provide MetLife my unambiguous consent to share and transfer my personal data and information related to the policy and / or its status (whether it is lapsed, active or if any premium is overdue) with the Irrevocable beneficiary(ies) mentioned under this endorsement"**

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable)  X  Signature

Policy owner's signature  X  Signature

## 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) **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.

## 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 <sup>(1)(2)</sup>

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

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

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

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

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

## Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) declaration:

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

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

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

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

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

Irrevocable beneficiary's  
signature (If Applicable)

X Signature

Policy owner's signature

X Signature

## 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)

| 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.

## 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](http://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.

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable)

X

Policy owner's signature

X

**This Endorsement constitutes an integral part of the Policy.**

In witness hereof, both the Policy Owner / Applicant and the Irrevocable Beneficiary have signed this Endorsement

on this   day of

**Note:**

- 60 days are allowed to submit additional requirement.
- 30 days to submit the original request from the signature date

**Signatures**

Signed at       20

City Country Day Month Year

Full Name of Policy Owner / Applicant  Signature

Full Name of Irrevocable Beneficiary  Signature & Company Stamp

The Company has affixed its seal and signature on this Endorsement as an evidence of recording it in its books and, for implementation as above. The Company does not bear any responsibility in respect of the validity or accuracy of the Credit Facilities / Loans and / or the relationship existing between the Policy Owner / Applicant and the Irrevocable Beneficiary.

Date

\_\_\_\_\_  
American Life Insurance Company  
(MetLife)

**Need help?**

| How to contact us |  |                 |           |           |          |                   | How to submit the form  |
|-------------------|--|-----------------|-----------|-----------|----------|-------------------|---|
| Country           | UAE  | Kuwait          | Oman      | Bahrain   | Qatar    | Any other Country | Please send <b>original</b> documents to:<br><b>American Life Insurance Company (MetLife)</b><br>Dar Al Noor Building, Block No. 233, Way No. 403, Building No. 52, MSQ, Bausher, Office 405 & 406, P.O. Box: 894, PC114, 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           | P.O. Box 894, Postal Code 114, Jibroo, Sultanate of Oman |                 |           |           |          |                   |   |
| E-mail us         | CustomerCare.OM@metlife.com                              |                 |           |           |          |                   |   |
| Website           | www.metlife-gulf.com                                     |                 |           |           |          |                   |   |

American Life Insurance Company - Registered under CMA "Capital Market Authority" - Registration No. 1122495  
 American Life Insurance Company is a MetLife Inc. Company. Oman Tax Card.: 8132000. CR. No. / License No.: 1122495; VAT Regn. No. OM1100010517

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)  
مبنى دار النور، بلوك ٢٣٣، طريق ٤٠٣، مبنى ٥٢، مدينة السلطان قابوس، بوش،  
مكتب ٤٠٥، ٤٠٦، صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤، جبروه، سلطنة عمان  
هاتف ٩٦٨ ٢٤٧٧ ٠٩٨٨ فاكس ٩٦٨ ٢٤٧٧ ٠٩٠١

### رقم الطلب / الوثيقة

رقم الطلب  رقم الوثيقة  تاريخ الطلب

### صاحب الوثيقة / مقدم الطلب

الاسم الأول  الاسم الأوسط  اسم العائلة

### تفاصيل القرض

القرض من القرض  مبلغ القرض

عملة القرض  مدة القرض  مبلغ التغطية المطلوبة  التأمينية  المطلوب

### المستفيد غير القابل للتغيير

الاسم القانوني

الاسم التجاري

بلد التأسيس

### (العنوان البريدي) للمستفيد غير القابل للتغيير

البلد  المدينة / البلدة  صندوق البريد

المنطقة / الشارع  المبنى  رقم الشقة / الفيلا

الهاتف  رمز البلد  - رمز المنطقة  - الجوال  رمز البلد  - رمز المنطقة

عنوان البريد الإلكتروني

يمثل تعيين المستفيد غير القابل للتغيير المذكور أعلاه ("المستفيد غير القابل للتغيير") بموجب الوثيقة المذكورة أعلاه ضماناً للتسهيلات الائتمانية / القروض التي يمنحها المستفيد غير القابل للتغيير لصاحب الوثيقة / مقدم الطلب.

في تاريخ الاستحقاق، تكون التسهيلات الائتمانية / القروض الممنوحة لا تزال مستحقة على صاحب الوثيقة / مقدم الطلب إلى المستفيد غير القابل للتغيير، كما تكون عائدات الوثيقة ناقص أي ديون مستحقة على الوثيقة، إن وجدت، مستحقة الدفع للمستفيد غير القابل للتغيير حتى بلوغ الرصيد الإجمالي المستحق لتلك التسهيلات الائتمانية / القروض أو حتى بلوغ المبلغ الصافي لعائدات الوثيقة، أيهما أقل.

ينطبق ذلك على المدفوعات التي تتم فيما يتعلق بمطالبات الوفاة الصحيحة فقط؛ أما المطالبات الصالحة واجبة الدفع نتيجة مرض خطير، والمرض المتسارع الخطير، والمرض العضال، والعجز الدائم والكلي، ودخول المستشفى و / أو بتر الأطراف إن وجد، فسيتم دفعها لصاحب الوثيقة / المستفيد المحتمل.

يجوز للشركة دفع عائدات الوثيقة، إن وجدت، إلى المستفيد غير القابل للتغيير وفقاً لعملة القرض والمعادلة لحدود التغطية المطبقة للوثيقة بالعملة المحددة في جدول مواصفات الوثيقة ورهناً بشروط تعيين المستفيد غير القابل للتغيير، باستخدام سعر صرف تحدده شركة التأمين وفقاً لسعر الصرف الرسمي السائد وقت دفع عائدات الوثيقة بموجب الوثيقة.

يكون صافي الرصيد المتبقي في عائدات الوثيقة، إن وجد، مستحق الدفع إلى "المستفيد المحتمل" كما هو موضح أدناه، بعد خصم أي ديون على الوثيقة والفائدة المترتبة عليها إن وجدت:

### المستفيد المحتمل

| النسبة | الإقامة | الجنسية | تاريخ الميلاد |     |     |     | العلاقة | الاسم الكامل للمستفيد الجديد |
|--------|---------|---------|---------------|-----|-----|-----|---------|------------------------------|
|        |         |         | يوم           | شهر | سنة | سنة |         |                              |
|        |         |         | يوم           | شهر | سنة | سنة |         |                              |
|        |         |         | يوم           | شهر | سنة | سنة |         |                              |
|        |         |         | يوم           | شهر | سنة | سنة |         |                              |

تمثل سجلات الشركة دليلاً قاطعاً على المستفيد غير القابل للتغيير / أو المستفيد المحتمل فيما يتعلق بأي دين مستحق على الوثيقة، إن وجد، في حين تمثل سجلات المستفيد غير القابل للتغيير دليلاً قاطعاً للشركة فيما يتعلق بإجمالي الرصيد المستحق للتسهيلات الائتمانية / القروض، إن وجدت.

"أقدم بموجبه موافقة صريحة لا لبس فيها إلى متلايف على مشاركة ونقل بياناتي ومعلوماتي الشخصية المتعلقة بالوثيقة و / أو حالتها (سواء كانت متوقفة أو نشطة أو كان هناك أي قسط متأخر مع المستفيد (المستفيدين) غير القابل للتغيير المذكور في هذا الإقرار"

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المستفيد  
غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

(أ) أدرك أن التغطية / 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 والمحدد 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) **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 تعتقد متلايف بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى متلايف، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لمتلايف. متلايف تضمن بأن يلتزم المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإن متلايف تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية. لغايات التوضيح، تعني بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

### إقرار دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية (IRS)

يشهد مقدم الطلب (الطلبات)، لدى تقديم هذا النموذج وتوقيعه، بأن المؤمن عليه والمؤمن عليه المشترك ومقدم الطلب وأي مستفيد (مستفيدين) معين: (حدد الإجابة التي تنطبق)

مواطنًا أمريكيًا  ليس مواطنًا أمريكيًا 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):

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 تتطلب من الشركة اقتطاع الضريبة من مدفوعات الدخل الخاضعة للضريبة التي تم دفعها إليك بنسبة تصل إلى ٣٠٪.

٢. لأغراض هذا الإقرار، الشخص الأمريكي هو مواطن أمريكي أو شخص مقيم في الولايات المتحدة، أو شراكة بالولايات المتحدة، أو شركة إدارة أموال يسيطر عليها شخص أمريكي واحد أو أكثر تخضع لإشراف محكمة أمريكية.

### إقرار قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية (FATCA)

يوافق المؤمن عليه / صاحب الوثيقة على 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 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، ومعهد 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 مواطنًا أمريكيًا 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 الاقتطاع من الحساب 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 وضعت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ("OECD") وتمت الموافقة عليه في 15 يوليو 2014.

يُرجى 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.

تعهد 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.

## إقرار البريد الإلكتروني:

١. الإشعارات: أحول بموجب 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 بأي شكل من الأشكال كمصدر لخلق 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 و / 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. أوافق على أن جميع المعلومات والوثائق المرسلّة إلى عنوان بريدي الإلكتروني أو المستلمة منه على النحو الوارد في هذا الطلب تعتبر صالحة وتُعتبر عني أو مرسلّة 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 علن إلغاء هذا التفويض من خلال مستند كتابي آخر. ويتوقع هذا الطلب أيضاً، أقر بأنني قد قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام الخاصة بمتلايف والمتوفرة على [www.metlife.com/about/privacy](http://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. أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم إدراجه في قائمة البريد الإلكتروني لمتلايف وأقبل أي مخاطر كامنة تتعلق باتصالات البريد الإلكتروني.

التوقيع

X

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

X

توقيع المستخدم  
غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

يشكل هذا الإقرار جزءاً لا يتجزأ من الوثيقة.

وإشهاداً على ذلك، قام كل من صاحب الوثيقة / مقدم الطلب والمستفيد غير القابل للتغيير بالتوقيع على هذا الإقرار

في يوم / يوم من شهر / شهر سنة

ملاحظة:

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

## التوقيعات

|    |       |     |       |     |       |     |                     |                       |  |
|----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|---------------------|-----------------------|--|
| ٢٠ | سنة   | سنة | شهر   | شهر | يوم   | يوم |                     |                       | موقع في                                  |
|    | السنة |     | الشهر |     | اليوم |     | البلد               | المدينة               |  |
|    |       |     |       |     |       |     | التوقيع             | الاسم الكامل بخط اليد | الاسم الكامل لصاحب الوثيقة / مقدم الطلب  |
|    |       |     |       |     |       |     | التوقيع وختم الشركة | الاسم الكامل بخط اليد | الاسم الكامل للمستفيد غير القابل للتغيير |

قامت الشركة بوضع ختمها وتوقيعها على هذا الإقرار كدليل على تسجيله في دفاترها وإنفاذه على النحو المذكور أعلاه. لا تتحمل الشركة أي مسؤولية فيما يتعلق بصحة أو دقة التسهيلات الائتمانية / القروض و / أو العلاقة القائمة بين صاحب الوثيقة / مقدم الطلب والمستفيد غير القابل للتغيير.

أمريكان لايف انشورنس كومباني  
(متلايف)

التاريخ يوم / يوم من شهر / شهر سنة

## للمساعدة

| كيفية تقديم النموذج   | كيفية الاتصال بنا                                   |          |           |           |                 |                              |                   |
|---|---|----------|-----------|-----------|-----------------|------------------------------|-------------------|
| يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى:<br>الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)<br>مبنى دار النور، بلوك ٢٣٣، طريق ٤٠٣ مبنى ٥٢، مدينة السلطان قابوس، بوش، مكتب ٤٠٥، ٤٠٦، صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤، جبزو، سلطنة عمان | من أي دولة أخرى                                     | قطر      | بحرين     | عمان      | كويت            | الإمارات                     | البلد             |
|   | +٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥                                     | ٨٠٠ ٩٧١١ | ٨٠٠ ٠٨٠٣٣ | ٨٠٠ ٧٠٧٠٨ | +٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣ | متلايف - ٨٠٠ (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣) | الهاتف            |
|   | صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤، جبزو، سلطنة عمان |          |           |           |                 |                              | البريد            |
|   | CustomerCare.OM@metlife.com                         |          |           |           |                 |                              | البريد الإلكتروني |
|   | www.metlife-gulf.com                                |          |           |           |                 |                              | الموقع الإلكتروني |

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة مسجلة تحت هيئة سوق المال (CMA) رقم التسجيل ١١٢٢٤٩٥  
رقم البطاقة الضريبية ٨١٣٢٠٠٠ - رقم تسجيل ضريبة القيمة المضافة ١١٠٠١٠٥١٧ OM

أمريكان لايف انشورنس كومباني هي إحدى الشركات التابعة لمتلايف انك