

الحماية الفائقة Critical Care



IFA Application Form نموذج طلب المستشار المالي المستقل
Kuwait الكويت

رقم البوليصة
Policy No.

IFA Name

اسم المستشار المالي المستقل

رمز الوكيل
Agent Code

Agent Name

اسم المستشار المالي

► All sections in the form are required to be completed
► Please use BLOCK LETTERS to fill in the form

◀ يجب ملء جميع الأقسام في النموذج
◀ الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح

1. Proposed Insured details (as shown in the identification document)

1. تفاصيل الشخص المطلوب التأمين عليه (كما في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name إسم الوالد Middle Name الشهرة Last Name

الجنس Gender ذكر Male أنثى Female الحالة الإجتماعية Marital Status أعزب Single متزوج Married تاريخ الميلاد Date of Birth

مدينة الولادة City of Birth بلد الولادة Country of Birth

يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities 1) 2) 3)

صلة القربى بمالك البوليصة Relationship to Policy Owner

Residency* الإقامة*

1) 2) 3)

الإقامة هي أي مكان قد يلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك المنطقة.

*"Residency" is any place where you may be obliged to file income tax returns as a resident of that jurisdiction.

Occupation المهنة

المسمى الوظيفي Employment Status موظف Employee صاحب العمل Self-employed ربة منزل Homemaker غير موظف / طالب / معال Unemployed/Student/Dependent

الموقع الوظيفي Position / Title طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties

إسم صاحب العمل/الشركة Employer's/Company's Name

Income الدخل

Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD معدل الدخل السنوي المكتسب خلال 3 سنوات بالدولار الأمريكي

السنة الحالية Current Year السنة الماضية Last Year السنة ما قبلها The Year Before

مصادر الدخل الأخرى (إن وجد) Other sources of Income (if any) مصدر الدخل Source الدخل السنوي Annual Income

Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة Country المدينة/الامارة City / Town ص. ب. P.O. Box

المنطقة/الشارع Area / Street المبنى Building شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.

الهاتف Telephone رمز البلد Country Code رمز المنطقة Area Code البريد الإلكتروني E-mail

Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي

الدولة Country المدينة/الامارة City / Town ص. ب. P.O. Box

المنطقة/الشارع Area / Street المبنى Building شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.

الهاتف Telephone رمز البلد Country Code رمز المنطقة Area Code الهاتف المتحرك Mobile

2. Applicant / Policy Owner details

(If other than Proposed Insured - as shown in the identification document)

٢. تفاصيل مقدم الطلب / مالك البوليصة
(إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه - كما في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name	<input type="text"/>	إسم الوالد Middle Name	<input type="text"/>	الشهرة Last Name	<input type="text"/>								
الجنس Gender	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	الحالة الإجتماعية Marital Status	<input type="checkbox"/> أعزب Single	<input type="checkbox"/> متزوج Married	تاريخ الميلاد Date of Birth	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
مدينة الولادة City of Birth	<input type="text"/>			بلد الولادة Country of Birth	<input type="text"/>								
يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>										

Residency* الإقامة*

1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>
-------------------------	-------------------------	-------------------------

*"الإقامة" هي أي مكان قد يلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كمقيم في تلك المنطقة.

*"Residency" is any place where you may be obliged to file income tax returns as a resident of that jurisdiction.

Occupation المهنة

المسمى الوظيفي Employment Status	<input type="checkbox"/> موظف Employee	<input type="checkbox"/> صاحب العمل Self-employed	<input type="checkbox"/> ربة منزل Homemaker	<input type="checkbox"/> غير موظف / طالب / معال Unemployed/Student/Dependent	
الموقع الوظيفي Position / Title	<input type="text"/>			طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties	<input type="text"/>
إسم صاحب العمل/ الشركة Employer's/Company's Name	<input type="text"/>				

Income الدخل

Average **Earned Annual Income** in the past 3 years in USD معدل الدخل السنوي المكتسب خلال ٣ سنوات بالدولار الأمريكي

السنة الحالية Current Year	<input type="text"/>	السنة الماضية Last Year	<input type="text"/>	السنة ما قبلها The Year Before	<input type="text"/>
مصادر الدخل الأخرى (إن وجد) Other sources of Income (if any)	مصدر الدخل Source	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>	

Personal Banking Details تفاصيل البنك الشخصية

إسم البنك Name of the Bank	<input type="text"/>	العنوان Address	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

Current Business Address عنوان العمل الحالي

الدولة Country	<input type="text"/>	المدينة/الامارة City / Town	<input type="text"/>	ص.ب. P.O. Box	<input type="text"/>
المنطقة/الشارع Area / Street	<input type="text"/>	المبنى Building	<input type="text"/>	شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.	<input type="text"/>
الهاتف Telephone	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني E-mail	<input type="text"/>

Current Residence Address عنوان الإقامة الحالي

الدولة Country	<input type="text"/>	المدينة/الامارة City / Town	<input type="text"/>	ص.ب. P.O. Box	<input type="text"/>		
المنطقة/الشارع Area / Street	<input type="text"/>	المبنى Building	<input type="text"/>	شقة/فيلا رقم Flat / Villa No.	<input type="text"/>		
الهاتف Telephone	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<input type="text"/>	الهاتف المتحرك Mobile	رمز البلد Country Code	رمز المنطقة Area Code	<input type="text"/>

3. Send correspondence to

٣. إرسال المراسلات إلى

<input type="checkbox"/> عنوان الإقامة Residence	<input type="checkbox"/> عنوان العمل Work	<input type="checkbox"/> آخر Other	يرجى الشرح إذا اخترت آخر If Other, please provide	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

4. Assets & Liabilities (Note: Please complete sections 4 to 6 if the annual premium on this application and your existing policies if any, amount to \$10,000 and above or if the total death benefit is \$1 Million and above.)

٤. الأصول و الديون (ملاحظة: يرجى إكمال الأقسام من ٤ إلى ٦ إذا كان القسط السنوي على هذا الطلب و البوالص الحالية الخاصة بك ، (إن وُجد)، تصل إلى ١٠,٠٠٠ دولار وما فوق أو إذا كانت المنفعة الإجمالية للوفاة هي مليون دولار وما فوق).

Assets (at market value) (بالقيمة السوقية) الأصول

Liabilities الديون

النقدية بالمصارف Cash in Bank(s)	\$	أوراق دفع / قروض مستحقة للبنوك Notes / Loans Payable to Banks	\$
الأسهم والسندات Shares & Bonds	\$	أوراق دفع / قروض مستحقة للغير Notes / Loans Payable to Others	\$
ممتلكات شخصية (سيارات، أثاث، مجوهرات و غيرها) Personal Property (auto, furniture, jewelry, etc..)	\$	رهون أو حجوزات على العقارات Mortgages or Liens on Real Estate	\$
أصول أخرى (يرجى ذكرها) Other Assets (Please define)	\$	ضرائب وفوائد مستحقة Taxes and Interest Due	\$
الإجمالي Total	\$	قروض للتأمين على الحياة Loans of Life Insurance	\$
		ديون أخرى (يرجى ذكرها) Other Liabilities (please define)	\$
		الإجمالي Total	\$

5. Personal / Business Banking References

٥. المراجع المصرفية الشخصية / التجارية

إبيان و رقم الحساب
IBAN & Account Number

البنك
Bank

العنوان
Address

هل توافق بالرجوع إلى تلك البنوك إذا لزم الأمر، بغرض تقييم طلبكم؟
Do you agree referring to them, if necessary, for the purpose of assessing your Application?

نعم YES لا NO

إذا كانت الإجابة "لا"، يرجى التوضيح
If 'no', please explain

6. Are there any suits pending or judgements against you at this time?

٦. هل توجد دعاوى قضائية أو أحكام معلقة ضدك في هذا الوقت؟

نعم YES لا NO

If 'yes', please provide complete details

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إعطاء التفاصيل الكاملة

7. Does any Proposed Insured, Spouse, Dependent/s, and/or Applicant/Policy Owner have any existing insurance?

٧. هل يوجد لدى الشخص المطلوب التأمين عليه ، الزوج و /أو المعال/المعالين و/أو مقدم الطلب / مالك الوثيقة أية وثائق تأمين أخرى؟

نعم YES لا NO

If 'YES', please provide full details on the table below:

إذا كانت الإجابة 'نعم'، يرجى تقديم التفاصيل كاملة في الجدول أدناه:

الإسم Name	نوع التغطية (الحياة، الحوادث و الصحة، الاستثمار) Type of Cover (Life, Accident & Health, Investment)	رقم الوثيقة Policy No.	الشركة Company	الحالة Status	المبلغ Coverage Amount	القسط السنوي Annual Premium

التغطية Coverage	القسط السنوي لكل فئة عمرية Annual Premium per Age Group							
	٢٤ - ١٨ 18 - 24	٢٩ - ٢٥ 25 - 29	٣٤ - ٣٠ 30 - 34	٣٩ - ٣٥ 35 - 39	٤٤ - ٤٠ 40 - 44	٤٩ - ٤٥ 45 - 49	٥٤ - ٥٠ 50 - 54	٥٩ - ٥٥ 55 - 59
١٥,٠٠٠ 15,000	غير مطبق NA	غير مطبق NA	غير مطبق NA	٢٤٥ 245	٣٧٧ 377	٤٨٨ 488	٦٦٠ 660	٨٤٠ 840
٢٥,٠٠٠ 25,000	غير مطبق NA	١٩٨ 198	٢٧٠ 270	٣٩٨ 398	٦١٩ 619	٨٠٣ 803	١,٠٩٠ 1,090	١,٣٩٠ 1,390
٥٠,٠٠٠ 50,000	٢٨٩ 289	٣٨٢ 382	٥٢٦ 526	٧٨٢ 782	١,٢٢٣ 1,223	١,٥٩٠ 1,590	٢,١٦٥ 2,165	٢,٧٦٥ 2,765
٧٥,٠٠٠ 75,000	٤٢٦ 426	٥٦٥ 565	٧٨١ 781	١,١٦٥ 1,165	١,٨٢٦ 1,826	٢,٣٧٨ 2,378	٣,٢٤٠ 3,240	٤,١٤٠ 4,140
١٠٠,٠٠٠ 100,000	٥٦٣ 563	٧٤٨ 748	١,٠٣٦ 1,036	١,٥٤٨ 1,548	٢,٤٣٠ 2,430	٣,١٦٥ 3,165	٤,٣١٥ 4,315	٥,٥١٥ 5,515
١٢٥,٠٠٠ 125,000	٧٠٠ 700	٩٣١ 931	١,٢٩١ 1,291	١,٩٣١ 1,931	٣,٠٣٤ 3,034	٣,٩٥٣ 3,953	٥,٣٩٠ 5,390	٦,٨٩٠ 6,890
١٥٠,٠٠٠ 150,000	٨٣٧ 837	١,١١٥ 1,115	١,٥٤٧ 1,547	٢,٣١٥ 2,315	٣,٦٣٨ 3,638	٤,٧٤٠ 4,740	٦,٤٦٥ 6,465	٨,٢٦٥ 8,265
١٧٥,٠٠٠ 175,000	٩٧٤ 974	١,٢٩٨ 1,298	١,٨٠٢ 1,802	٢,٦٩٨ 2,698	٤,٢٤١ 4,241	٥,٥٢٨ 5,528	٧,٥٤٠ 7,540	٩,٦٤٠ 9,640
٢٠٠,٠٠٠ 200,000	١,١١١ 1,111	١,٤٨١ 1,481	٢,٠٥٧ 2,057	٢,٠٨١ 3,081	٤,٨٤٥ 4,845	٦,٣١٥ 6,315	٨,٦١٥ 8,615	١١,٠١٥ 11,015
٢٢٥,٠٠٠ 225,000	١,٢٤٨ 1,248	١,٦٦٤ 1,664	٢,٣١٢ 2,312	٣,٤٦٤ 3,464	٥,٤٤٩ 5,449	٧,١٠٣ 7,103	٩,٦٩٠ 9,690	١٢,٣٩٠ 12,390
٢٥٠,٠٠٠ 250,000	١,٣٨٥ 1,385	١,٨٤٨ 1,848	٢,٥٦٨ 2,568	٣,٨٤٨ 3,848	٦,٠٥٣ 6,053	٧,٨٩٠ 7,890	١٠,٧٦٥ 10,765	١٣,٧٦٥ 13,765

المنفعة المختارة
Benefit Selected

مبلغ التغطية
Coverage Amount

Annual Policy fee of USD 5.00 will be collected along with the application.

سوف يتم تحصيل رسم بوليصة مع التأمين يبلغ ٥,٠٠ دولار أمريكي

قسط سنوي
Annual Premium

القسط بحسب البرنامج المختار
Premium as per plan selected

طوائع و ضرائب
stamp duty, taxes

الرسم
fee

إجمالي القسط
Total Premium

طريقة دفع الأقساط
Mode of Payment

شهري
Monthly

ربع سنوي
Quarterly

نصف سنوي
Semi-annual

سنوي
Annual

التغطية Coverage	القسط الوحيد لمدة ٥ سنوات لكل فئة عمرية 5 Years Single Premium per Age Group							
	٢٤ - ١٨ 18 - 24	٢٩ - ٢٥ 25 - 29	٣٤ - ٣٠ 30 - 34	٣٩ - ٣٥ 35 - 39	٤٤ - ٤٠ 40 - 44	٤٩ - ٤٥ 45 - 49	٥٤ - ٥٠ 50 - 54	٥٩ - ٥٥ 55 - 59
٢٥,٠٠٠ 25,000	غير مطبق NA	غير مطبق NA	٥١٨ 518	٨٤٢ 842	١,٣٩٥ 1,395	٢,٣٨٥ 2,385	٣,١٨٤ 3,184	٥,١٤١ 5,141
٥٠,٠٠٠ 50,000	٥١٨ 518	٦٨٠ 680	٩٦٨ 968	١,٦١٦ 1,616	٢,٧٢٣ 2,723	٤,٧٠٣ 4,703	٦,٣٠٠ 6,300	١٠,٢١٥ 10,215
٧٥,٠٠٠ 75,000	٧٤٣ 743	٩٨٦ 986	١,٤١٨ 1,418	٢,٣٩٠ 2,390	٤,٠٥٠ 4,050	٧,٠٢٠ 7,020	٩,٤١٦ 9,416	١٥,٢٨٩ 15,289
١٠٠,٠٠٠ 100,000	٩٦٨ 968	١,٢٩٢ 1,292	١,٨٦٨ 1,868	٣,١٦٤ 3,164	٥,٣٧٨ 5,378	٩,٣٣٨ 9,338	١٢,٥٣٣ 12,533	٢٠,٣٦٣ 20,363
١٢٥,٠٠٠ 125,000	١,١٩٣ 1,193	١,٥٩٨ 1,598	٢,٣١٨ 2,318	٣,٩٣٨ 3,938	٦,٧٠٥ 6,705	١١,٦٥٥ 11,655	١٥,٦٤٩ 15,649	٢٥,٤٣٦ 25,436
١٥٠,٠٠٠ 150,000	١,٤١٨ 1,418	١,٩٠٤ 1,904	٢,٧٦٨ 2,768	٤,٧١٢ 4,712	٨,٠٣٣ 8,033	١٣,٩٧٣ 13,973	١٨,٧٦٥ 18,765	٣٠,٥١٠ 30,510
١٧٥,٠٠٠ 175,000	١,٦٤٣ 1,643	٢,٢١٠ 2,210	٣,٢١٨ 3,218	٥,٤٨٦ 5,486	٩,٣٦٠ 9,360	١٦,٢٩٠ 16,290	٢١,٨٨١ 21,881	٣٥,٥٨٤ 35,584
٢٠٠,٠٠٠ 200,000	١,٨٦٨ 1,868	٢,٥١٦ 2,516	٣,٦٦٨ 3,668	٦,٢٦٠ 6,260	١٠,٦٨٨ 10,688	١٨,٦٠٨ 18,608	٢٤,٩٩٨ 24,998	٤٠,٦٥٨ 40,658
٢٢٥,٠٠٠ 225,000	٢,٠٩٣ 2,093	٢,٨٢٢ 2,822	٤,١١٨ 4,118	٧,٠٣٤ 7,034	١٢,٠١٥ 12,015	٢٠,٩٢٥ 20,925	٢٨,١١٤ 28,114	٤٥,٧٣١ 45,731
٢٥٠,٠٠٠ 250,000	٢,٣١٨ 2,318	٣,١٢٨ 3,128	٤,٥٦٨ 4,568	٧,٨٠٨ 7,808	١٣,٣٤٣ 13,343	٢٣,٢٤٣ 23,243	٣١,٢٣٠ 31,230	٥٠,٨٠٥ 50,805

المنفعة المختارة Benefit Selected A Policy fee of USD 15.00 will be collected along with the application. 15,00 سوف يتم تحصيل رسم بوليصة مع طلب التأمين يبلغ 15,00 دولار أمريكي

قسط وحيد Single Premium + + =

Details of Payment:

تفاصيل الدفع:

Is the Policy Owner making the payments from their own bank account?

نعم YES لا NO

هل يقوم مالك الوثيقة بإجراء الدفعات من حساب البنك الخاص به؟

If No, please proceed to complete the "Payor details" Form or the Credit Card Authorization Form, as applicable, separately.

إذا كانت الإجابة "لا"، فالرجاء المتابعة استكمال نموذج "بيانات الشخص المخول بالدفع" أو نموذج تفويض بطاقة الائتمان، حينما ينطبق، بشكل منفصل.

If Yes, please complete the below details:

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى استكمال التفاصيل التالية:

Bank Name إسم البنك

Bank branch and address فرع البنك و العنوان

Country البلد

Accountholder's Name إسم صاحب الحساب

Account number رقم الحساب

الحساب المصرفي الدولي (ملاحظة: اعتماداً على منطقتك، قد لا تحتاج إلى استخدام جميع خانات رقم الحساب المصرفي الدولي) IBAN number (Note: depending on your region, you may not need to use all IBAN boxes)

ملاحظة: يرجى تضمين قسم تفاصيل الحساب في نموذج الطرف الثالث للدفع لكل من الأفراد والشركات

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

9. Beneficiaries for Proposed Insured

٩. المستفيدين للشخص المطلوب التأمين عليه

a) Beneficiary Allocation

أ) تخصيص المستفيد

الإسم الكامل للمستفيد Full Name of Beneficiary	صلة القربى Relationship	الجنسية Nationality	بلد الإقامة Country of Residence	تاريخ الميلاد Date of Birth								النسبة 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	

b) Beneficiary Personal Details

ب) التفاصيل الشخصية للمستفيد

إسم المستفيد Beneficiary Name	*الشخص الذي يمكن الاتصال به في حال كان المستفيد المعين مذكوراً وفقاً للملاحظات أدناه *Contact Person name in case the appointed beneficiary is as per below notes	*عنوان البريد الإلكتروني *Email Address	*تفاصيل الإتصال *Contact Details

* Please refer to disclaimer for beneficiary designation.

* **Notes** :If Minors are nominated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the Legal Guardian (other than the Policy Owner and or Insured)

* If Legal Heirs, Sharia Law or Estate are stated as beneficiary, kindly state the Contact and Email address for the person in charge to be contacted.

* يرجى الرجوع إلى إبراء المسؤولية لتعيين المستفيدين.

* **الملاحظات**: إذا تم تعيين الفاصرين كمستفيدين، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للوصي القانوني (غير مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه)

* في حالة ذكر الورثة الشرعيين أو قانون الشريعة أو التركة كمستفيدين، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للشخص المسؤول عن الاتصال به.

10 . Health Details (Questions pertain to the Proposed Insured and/or Policy Owner in this application.) Please provide complete and correct answers irrespective of how important they might appear. If a question is answered "yes", please provide complete details below.*

١٠ . التصريحات الطبية (تشمل التصريحات الشخص المطلوب التأمين عليه و/أو مالك البوليصة في هذا الطلب، الرجاء إعطاء إجابات كاملة و دقيقة بغض النظر عن أهمية السؤال) إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه*

(a) **Do you have any personal or family doctor?**

State "Not Applicable" if none. If "Yes", please provide details on the table below:

نعم
YES
لا
NO

(i) هل لديك طبيب شخصي أو طبيب العائلة؟ أذكر "غير قابل للتطبيق" إذا كان لا يوجد. إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل كاملة في الجدول أدناه:

السبب الإستشارة Reason / Symptoms	تاريخ آخر استشارة Date Last seen	العنوان /الهاتف Address / Phone No.	إسم الطبيب Doctor's Name
			الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured

(b) **Build Declaration**

(ب) **بنية الجسم**

الطول (سم) Height (cm)	الوزن (كغ) Weight (kg)
	الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured

(c) **Smoking Habits**

(ج) **تفاصيل التدخين**

الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	النوع Type	الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured
هل دخنت أي نوع من أنواع التبغ، السجائر، الغليون، الشيشة، السجائر الإلكترونية، أو مضغ التبغ في الاثني عشر شهراً الماضية؟ Have you smoked any type of tobacco, cigarettes, pipe, shisha, e-cigarette, vape, or chew tobacco in the last 12 months?	إذا نعم If Yes	الكمية في اليوم الواحد Quantity per day

(د) هل سبق أن طلبت إستشارة طبية أو تم تشخيصك أو تعالجت لأي من الأمراض التالية

(d) **Have you ever had indication of, diagnosis of, treatment or surgery for:**

- (أ) حمى الروماتيزم، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع الكوليسترول في الدم، لغط، جلطة دماغية، ألم في الصدر، نوبة قلبية، أو أي اضطراب في القلب أو الدم أو الأوعية الدموية؟
a. Rheumatic fever, high blood pressure, elevated cholesterol, murmur, stroke, chest pain, heart attack, or any disorder of heart, blood or blood vessels?
- (ب) أي نوع من السرطان، التقرحات الرخوة أو ورم؟
b. Any form of cancer, tumor, or cyst?
- (ج) السكري، ارتفاع نسبة السكر في الدم أو الغدة الدرقية، اضطراب كلوي أو أي اضطراب في الغدد الصماء؟
c. Diabetes, high blood sugar, thyroid, renal disorder or any endocrine disorder?
- (د) التهاب الكبد الوبائي أو أية مضاعفات في الكبد، البنكرياس، المرارة، المعدة أو الجهاز الهضمي؟
d. Hepatitis or any other liver, pancreas, gallbladder, stomach, or intestinal disorder?
- (هـ) الصرع، شلل، أو أية علة عصبية؟
e. Epilepsy, paralysis, or any other nervous disorder?

- نعم لا
Yes No
- (و) الربو، أو أمراض الجهاز التنفسي أو الرئوي؟
- f. Asthma, Respiratory, or lung disease?
- (ز) أمراض عقلية، أية اضطرابات نفسية أو اكتئاب؟
- g. Mental or psychiatric illness including anxiety and depression?
- (ح) أي مرض أو خلل في العضلات، العمود الفقري، المفاصل و الأطراف بما فيه فقدان الحواس أو عدم التوازن؟
- h. Any disease or disorder of the muscles, spine, joints, and limbs including loss of feeling or tremor?
- (ط) أي اضطراب في البصر أو النطق أو السمع؟
- i. Any disorder of sight, speech, or hearing?
- (ي) أية أمراض وراثية أو خلقية؟
- j. Any hereditary or congenital condition?
- (د) أية حالات مزمنة، علة أو إصابة لم يتم ذكرها أعلاه؟
- k. Any chronic condition, infirmity, or injury not mentioned above?
- (هـ) هل حصلت على أي علاج طبي أو جراحي أو أجريت أي فحوص طبية أو أدخلت إلى المستشفى أو أشير عليك بإجراء أية فحوص تشخيصية أو إجراء جراحة ولم يتم ذلك؟
- (e) Have you had any medical or surgical treatment, or investigative medical tests or hospitalizations or have you been advised to undergo any diagnostic tests, hospitalization or surgery which was not done, and which was not already disclosed above?

*If you (pertains to the Proposed Insured and/or Policy Owner) have answered "Yes" to any of the questions above, please provide further details as below:

* إذا كنت (الشخص المطلوب التأمين عليه و/أو مالك البوليصة) قد أجبت "نعم" على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، الرجاء تقديم مزيد من التفاصيل أدناه:

سؤال رقم Question No.	الإسم Name	التاريخ Date	إسم الأطباء والمستشفيات Name of doctors, hospitals	سبب الإستشارة Reason for consultation	نتيجة الإختبار Outcome	العمر عند التشخيص Age at time of diagnosis	العلاج Treatment	الوضع الحالي Current Condition

- نعم لا
YES NO
- (و) هل أصيب أي من أفراد عائلتك أو توفي نتيجة لأحد من الأمراض المذكورة أعلاه؟ إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء تعبئة المعلومات الواردة أدناه:
- Has any member of your immediate family ever suffered or died from any of the conditions stated above?
- If "Yes", please state details on the table below:

الإسم Name	أفراد الأسرة Family Members	في حال على قيد الحياة If Living		إذا توفي If Deceased	
		السن Age	الحالة الصحية Condition	السن عند الوفاة Age at Death	سبب الوفاة Cause of Death

Disclaimer:

إبراء المسؤولية:

Terms & Conditions apply. This insurance policy is underwritten by MetLife and the insurance coverage that this policy provides shall be at all times subject to the terms and conditions of the policy contract issued by MetLife. The Distribution Partner shall not be responsible for MetLife's actions or decisions under the policy contract nor shall the distribution partner be liable regarding payment of claims or services under the policy contract issued by MetLife.

"It is acknowledged and understood that this Policy is sold under the laws of the Country of Issue. The Policyholder should consult his / her own professional advisor(s) as to the legal or any other requirements or restrictions relating to the life coverage and investment plans obtained under the Policy and their tax consequences pursuant to the laws of any jurisdiction to which the Policyholder would be or might become subject during the term of the Policy."

تطبيق الشروط والأحكام. إن بوليصة التأمين هذه تم إعدادها من قبل متلايف وتخضع التغطية التأمينية التي توفرها هذه البوليصة في جميع الأوقات للشروط والأحكام الواردة في عقد البوليصة الصادر عن متلايف. البنك غير مسؤول عن الإجراءات التي تقوم بها متلايف أو القرارات التي تتخذها بموجب عقد البوليصة، كما أن البنك غير مسؤول عن سداد أية مطالبات أو خدمات بموجب عقد البوليصة الصادر عن متلايف.

"من المتفق عليه والمفهوم أن هذه الوثيقة مبيعة وفقاً لقوانين دولة الإصدار. يتعين على صاحب الوثيقة مشاوره الاستشاري المهني الخاص به/بها فيما يتعلق بالمتطلبات القانونية أو غيرها من المتطلبات أو المحاذير المتعلقة بالتغطية التأمينية على الحياة وخطط الإستثمار التي يتم الحصول عليها بموجب الوثيقة وأي تبعات ضريبية لها بموجب القوانين السارية في دولة الإختصاص الذي يتبع لها حامل الوثيقة أو قد يتبع لها أثناء فترة سريان الوثيقة."

Important: Before signing this Declaration, please check that the answers given in this application are complete and correct. An incorrect or incomplete answer may invalidate the policy.

هام: قبل التوقيع على هذا الإقرار، يرجى التأكد من أن الإجابات الواردة في هذه الإستمارة مكتملة وصحيحة. إن الإجابات غير المكتملة وغير الصحيحة قد تبطل صلاحية هذه البوليصة.

No Representative has the authority to modify the terms as written in the application form or to overwrite the requirements of the Company.

لا يملك أي ممثل الحق بتعديل الشروط المحددة في طلب التأمين أو إلغاء أي من البيانات المطلوبة من قبل الشركة.

***Special Conditions:** "Unless we receive from you a written statement to the contrary, the following rules shall apply:

- 1) in case you designate more than one beneficiary: (a) if you did not specify the percentage of the insurance proceeds to be paid for each beneficiary, we will distribute the insurance proceeds equally among the beneficiaries; (b) if one or more beneficiary(ies) dies before the life insured, the designation of that beneficiary(ies) shall terminate immediately and we will distribute his/her/their share(s) equally among the other beneficiary(ies) unless we receive written instructions from you otherwise;
- 2) in case you designate only one beneficiary, and this beneficiary dies before the insured, we will pay the insurance proceeds to the insured's estate.
- 3) in case you did not designate any beneficiary, we will pay the insurance proceeds to the insured's estate. The right to appoint/revoke/change the beneficiary(ies) is reserved to the applicant/policyholder (as the case may be)."

*شروط خاصة: مالم نستلم منك توجيهات مغايرة، فإننا سنقوم بتطبيق القواعد التالية:

- ١) في حال تعيينك لأكثر من مستفيد واحد: (أ) ولم تقم بتحديد حصة كل مستفيد في مبلغ التأمين، سنقوم بتقسيم مبلغ التأمين إلى حصص متساوية يتم توزيعها بالتساوي بين جميع المستفيدين الذين حددتهم. (ب) في حال وفاة مستفيد واحد أو أكثر قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، فإنه يسقط حق ذلك المستفيد/المستفيدون المتوفى في مبلغ التأمين ويتم توزيع حصته/حصصهم على باقي المستفيدين بالتساوي، مالم نستلم توجيهات خطية منك بخلاف ذلك.
 - ٢) في حال تعيينك لمستفيد واحد ووفاة هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين إلى وريثة المؤمن عليه.
 - ٣) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين إلى وريثة المؤمن عليه.
- إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في مقدم الطلب/حامل بوليصة التأمين (بحسب ما ينطبق)

Free Look Period

فترة المراجعة المجانية

The Policy Owner is entitled to a free look period of 30 days effective from the policy issue date, during which time the Policy Owner is entitled to cancel the policy by sending a written request of cancellation, received by the Company at any time during the period, any payment received will be refunded without interest.

يكون لدى المالك فترة مراجعة مجانية مدتها ثلاثون ٣٠ يوماً اعتباراً من تاريخ إصدار الوثيقة، يحق له خلال هذه المدة القيام بإلغاء الوثيقة عن طريق إرسال طلب خطي بذلك، تستلمه الشركة في أي وقت ضمن هذه الفترة، وسيتم إرجاع أي مبلغ تم دفعه بدون فوائد.

Declarations

التصريحات

(a) I agree that there shall be no contract of insurance, unless a policy is issued and delivered on this application and full first contribution actually paid thereon, provided no change shall have occurred in the insurability of the Proposed Insured(s) since completion of the application. I understand that the effective date of cover shall be the policy issue date as shown in the Policy Specification Schedule. I agree to accept delivery of the duly issued policy through one of the following delivery modes:

- 1 By Courier or registered mail to the correspondence address I opt for in my application form.
- 2 By Authorized Representative to the correspondence address I opt for in my application form.

Delivery of the policy by any of the above methods and the full payment of my first contribution are construed as my acceptance of all the conditions including those stated in the Policy Specifications Schedule and any Endorsement(s) to said policy and supplementary contracts attached thereto, if and when it is issued by MetLife, as per my application.

- (b) I understand that acceptance of any policy issued on this application shall be a ratification of any correction or changes to this application which MetLife may make in the section entitled "Company Endorsement Only".
- (c) I understand that only an authorized officer of MetLife is permitted to i) make or discharge contracts or; ii) waive or change any conditions of the application, policy or receipt; or iii) to accept or pass upon insurability, and such waiver/change shall only be valid by an endorsement hereon and attached hereto.
- (d) I understand that any declaration issued to any agent or to medical examiner is not valid unless it has been mentioned in this application or in the medical examination report.

(أ) أصرح على عدم إبرام عقد تأميني إلا بعد إصدار بوليصة التأمين وتسليمها بناءً على هذا الطلب والسداد الفعلي للمساهمة الأولى فيها بالكامل، شريطة عدم حدوث أي تغيير في أهلية الشخص / الأشخاص المطلوب التأمين عليه / عليهم للتأمين عن وقت ملء الطلب. إنني أتفهم جيداً أن تاريخ سريان التغطية التأمينية هو نفسه تاريخ إصدار الوثيقة الموضح في جدول مواصفات الوثيقة. أوافق على قبول تسليم الوثيقة المصدرة أصولاً بإحدى وسائل التسليم الآتية:

- ١ - عن طريق أحد مندوبي التوصيل أو بالبريد المسجل إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
- ٢ - من خلال ممثل مفوض إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.

تسليم البوليصة بأي من الطرق المذكورة أعلاه وسداد المساهمة الأولى الخاصة بي بالكامل يعتبر قبولاً لكافة الشروط بما فيها تلك الواردة في ملحق مواصفات البوليصة أو أي ملحق (ملاحق) آخر للبوليصة المذكورة والعقود المكتملة المرفقة بها، إذا قامت متلايف بإصدارها ومتى قامت بهذا الإصدار وفقاً للطلب المقدم من قبلي.

- (ب) أتفهم أن قبول أي بوليصة مصدرة بموجب هذا الطلب تعتبر مصادقة على ما جاء بها من تصحيحات أو تعديلات قامت متلايف بإجرائها في القسم المعنون بـ "تظهير الشركة فقط"
- (ج) أتفهم أنه لا يسمح إلا لموظف مخول من متلايف لـ (١) الوفاء بالعقود أو (٢) التنازل عن أو تغيير أي شرط في الطلب، الوثيقة أو الاستلام؛ (٣) قبول أو النظر في إمكانية التأمين، وأن مثل هذا التنازل/التغيير سوف يكون سارياً فقط إذا تم إصدار تظهير به وأرفق نسخة منه بهذا الطلب.
- (د) أتفهم بأن أي إقرار يصدر مني لأي وكيل أو طبيب شرعي لن يعتبر إقراراً صحيحاً مالم يكن قد تم ذكره في هذا الطلب أو في تقرير الفحص الطبي.

- (هـ) صيغت الإقرارات المالية التالية بغرض توفير إمكانية التأمين المتعلقة بالطلب المقدم للتأمين على حياتي، وتقدم كإقرارات حقيقية ودقيقة حول وضعي المالي في تاريخ إصدار هذا البيان و يدعما أدلة أقوم بتقديمها تفيد ذلك. أعلم أن الإقرارات تشكل جزءاً من العقد و أن أي معلومات غير صحيحة أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية قد يبطل العقد.
- (و) أؤوض (متلايف) بالحصول من أي مصدر تراه مناسباً بما في ذلك أي بنك و / أو مؤسسة مالية على أي معلومات بشأن وضعي المالي و الحسابات المصرفية الخاصة بي.
- (ز) إنني أتفهم بشكل كامل فيما يتعلق بالمساهمة الأولى، بأن عدد وحدات الاستثمار وقيمتها المطابقة سوف يتم توزيعها في خلال ١٥ يوماً من تاريخ تسليم الوثيقة و تسلم قيمة المساهمة بالكامل على نحو صحيح والحصول على مخالصة من متلايف بذلك.
- (ح) أتفهم أنه في حال إصدار بوليصة التأمين متضمنه شروط تغطية مختلفة أو كان سعر القسط مختلفاً عن شروط التغطية و/أو سعر القسط الوارد في الطلب المقدم من قبلي، فإنه يتم تعليق هذه الوثيقة إلى أن تتلقى متلايف موافقتي الخطية على شروط التغطية و/أو سعر القسط الجديد المقدم من قبل متلايف.
- (ط) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع ضريبة الدخل و ذلك بالنسبة عني و/أو بالنسبة عن المستفيد/ المستفيدين و الناتجة عن الأرباح المحققة على الإستثمارات التابعة لإستراتيجيات الإستثمار المختارة. و أيضاً إقتطاع ضريبة الدخل على أية دفعات متوجّهة لمالك البوليصة و/أو لأي من المستفيد/ المستفيدين بموجب هذه البوليصة.
- (ي) بموجب هذا الطلب فإنني أعفي كل طبيب و/أو مستشفى و/أو عيادة و/أو مزود خدمات طبية و/أو أية شركة تأمين و/أو أية مؤسسة أخرى لديها بيانات شخصية * و/أو أية سجلات أو معلومات عني و/أو عن أفراد عائلتي الذين تم تقديم طلب تأمين عنهم (إن وجد) من واجب السرية المهنية و/أو واجب عدم الإفصاح التعاقدية، و أجزى لهؤلاء الأشخاص و/أو الهيئات الإفصاح لمتلايف عن أية معلومات متعلقة بي و/أو بأفراد عائلتي الذي تم تقديم طلب تأمين عنهم وكذلك تزويدهم بنسخ من البيانات الشخصية العائدة لي والتي تتضمن: أية معلومات متعلقة بصحتي أو صحة عائلتي و/أو السجل الصحي الخاص بهم و / أو الإقامة في المستشفى و / أو استشارة طبية ، تشخيص ، علاج ، مرض و/أو علة. كما و أنني أؤوض متلايف بالحصول، من أي مصدر تراه مناسباً، على أية معلومة تتعلق بوضعي المالي و/أو المهني و/أو الشخصي ، بالإضافة إلى أية معلومات متعلقة بتاريخ قيادتي. كما أنني أؤكد أيضاً على أن أي صورة ضوئية من التفويض المشار إليه أعلاه سيعمل بها كأنها نسخة مطابقة للأصل.
- (ك) **تحويل البيانات:** أنا أقدم بهذا موافقتي الصريحة لمتلايف لتحويل معالجة و مشاركة بياناتي 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، شركاتها في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات حيث تعتقد متلايف بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات ضروري من أجل: (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب بوليصة التأمين، (ب) مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها ، (ج) تحسين تجربة العملاء لديها ، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة للشركة. سوف تتأكد متلايف من أن هؤلاء المتلقين سيكون عليهم التزامات سرية كافية للمحافظة على و لضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فتؤكد متلايف التزامها بجميع القوانين المطبقة فيما يتعلق بمعالجة هذه البيانات الشخصية ومشاركتها ونقلها.
- * **البيانات الشخصية** تعني جميع المعلومات المتعلقة بي و/أو أفراد عائلتي سواء تم التأشير عليها بأنها "شخصية" أم لا، والتي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، بصحتي، العلاجات و الصفات الطبية، والأعمال التجارية، تفاصيل معلومات الاتصال، أرقام التعريف الخاصة بالضريبة و/أو أرقام الخاصة بالتأمينات الاجتماعية، وأرصدة الحسابات حركة الحساب، و/أو أي معاملات قمت أنا بها مع متلايف
- (e) The financial disclosures are made for the purpose of establishing insurability in connection with pending Life Insurance Application on my life. They are furnished as a true and accurate statement of my financial condition on this statement date and are supported by evidence provided by me. I understand that the disclosures form part of the Contract and that incorrect information or failure to disclose any material fact may invalidate the Contract.
- (f) I further authorize MetLife to obtain from any source it deems appropriate including any bank and / or financial institution, any information concerning my financial status and bank accounts.
- (g) I fully understand that with respect to the first contribution, the number of investment units and their respective value will be allocated within 15 days from the date the Policy is delivered and the full contribution is duly received and cleared by MetLife.
- (h) I understand that if a Policy issued with coverage terms and / or policy rates different from the coverage terms and / or policy rates which I requested in my application, such Policy shall be suspended until MetLife receives my written approval of the new coverage terms and / or policy rates offered by MetLife.
- (i) I hereby acknowledge that MetLife may be required by applicable laws to withhold income tax on my behalf and / or behalf of my Beneficiary(ies) in relation to any returns realized on any of the underlying investments of the selected Investment Subaccount(s) and / or in relation to any payments due to me and / or to my Beneficiary(ies) under the Policy.
- (j) I hereby exonerate any physician and / or hospital and / or clinic and/or medical service provider and / or any insurance company and / or any other organization that has any Personal Data* and/or any records related to me and/or knowledge about me and/or any member of my family members proposed for insurance (if any) from the professional secrecy and/or contractual non-disclosure obligation and hereby authorize such person(s) and entities to disclose to MetLife any and all information about me and/or related to my family members proposed for insurance and to provide them with a copy of my Personal Data records which include but not limited to: references to me and/or my family's health and/or medical history and/or any hospitalization, medical advice, diagnosis, treatment disease and/or ailment. I also authorize MetLife to obtain, from any source it deems appropriate, information concerning my financials and/or professionals and/or personal status in addition to any information related to my driving history. I also confirm that any photocopy of this authorization shall be valid as the original.
- (k) **Data Transfer:** I hereby provide MetLife my unambiguous consent, to process, share, and transfer my Personal Data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to MetLife headquarters in the USA, its branches, affiliates, reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where we believe that the transfer or share, of such Personal Data, is necessary for: (i) the performance of this Policy; (ii) assisting MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife's customers experience; (iv) for the compliance with the applicable laws and regulations; or (v) for the compliance with other law enforcement agencies for international sanctions and other regulations applicable to MetLife. MetLife will ensure that such recipients will have sufficient confidentiality obligations to procure the confidentiality of the personal information and provided that the Company complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data.
- * **Personal Data** means all information related to me and/or my family members (whether marked "personal" or not) disclosed to MetLife by whatever means either directly or indirectly which concerns (including but not limited to) my medical conditions, treatments, prescriptions, business, operations, contact details, tax identification numbers/ social security number, account balances/activities or any transactions undertaken with MetLife.

(l) 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..

(m) **Electronic Communication:**

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 in this application is correct at all times, and that it is 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 take 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.

(n) I hereby declare that all statements and answers in this application together with those in any required medical examination, questionnaire or amendments are full, complete and true and bind all parties in interest under the policy herein applied for. Also, I understand that incorrect statements or answers, or failure to disclose any material fact, may invalidate the contract.

(ل) أقر وأتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (٢) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً إسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (٣) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات. كما أقر وأتفهم بأن الشركة لن تتحمل أي مسؤولية عن دفع قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية أو منفعة في حال أن دفع هذه المطالبة أو توفير هذه التغطية أو المنفعة يُعرض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين نافذة.

(م) **وسائل التواصل الإلكتروني:**

١. **الإشعارات:** أوافق على أن تقوم متلايف بإرسال الإخطارات والإشعارات إلكترونياً، متضمنة على سبيل المثال لا الحصر: خدمة الرسائل النصية القصيرة على الهاتف الخليوي، البريد الإلكتروني وأية وسائل أو طرق تواصل إلكتروني ("الإشعارات"). كما و أوافق على أن أتلقى الإشعارات وأتفهم بأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الإشعارات سيتم إرسالها دون انقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو انقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لنشوء أية مسؤولية على متلايف. وأتعهد بأنني لن أباهر بإقامة أي دعوى أو شكوى أو مطالبة ضد متلايف جراء وقوع أي خطأ أو انقطاع في الإشعارات و/أو لأي سبب من الأسباب جراء لاستقبال أو عدم استقبال الإشعارات. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلام الإشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية أخطاء فنية.

٢. **إرسال واستلام المستندات إلكترونياً:** من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بي و توقيع هذا الطلب ، فإنني أوافق على استلام بوليصة التأمين، شهادة التأمين و/أو أي مستندات أخرى وأن أقوم بإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بوليصة التأمين ("المستندات") إلى متلايف عن طريق البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). أنا أتفهم وعلى دراية كاملة بأنه لدى اختياري لاستلام أو إرسال المستندات من خلال البريد الإلكتروني، فإنني أكون مسؤولاً عن إبقاء عنوان بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب صحيحاً في جميع الأوقات، كما أكون مسؤول دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني الخاص بي أو توقفي عن استلام المستندات. أنا أوافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسله أو المستلمة من خلال بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب سوف يتم اعتبارها صحيحة وصادرة عني أو مستلمة من قبلي شخصياً. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلام البريد الإلكتروني لأسباب عدم صلاحية العنوان أو أية أخطاء مرتبطة بالبريد الإلكتروني الخاص بي.

أنا أفهم بأنه من واجبي في حال رغبتني في تغيير عنوان بريدي الإلكتروني لدى متلايف، أو إذا كنت أرغب في الحصول على نسخة ورقية من المستندات، أو إذا كنت أعتقد بأنني لم أستلم المستندات الخاصة بي، أتفهم بأنه من واجبي إعلام متلايف فوراً بذلك.

من خلال التوقيع على هذا الطلب، أفهم و أوافق على أنه إذا كنت أرغب في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً فمن واجبي إبطل هذا التفويض بوليصة مكتوبة أخرى من خلال التوقيع على هذا الطلب، و أعلن أنني قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام لمتلايف على www.metlife.com/about/privacy وسأراجع أي شروط استخدام مستقبلي أو بيان خصوصية لأي مقدمي الخدمات التي تستخدمها متلايف.

أفهم أنه على الرغم من أن متلايف تتخذ كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، متلايف لا يمكن أن تضمن سلامة المعلومات الخاصة بي.

أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بمتلايف وأقر بقبولي للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

(ن) أقر بأن جميع التصريحات و الأجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أي استبيانات أو تعديلات هي كاملة وحقيقية وملزمة لجميع الأطراف المعنيين في البوليصة هنا والمقدم هذا الطلب لأجلهم. أنا أفهم أن أية تصريحات أو إجابات غير صحيحة ، أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية ، قد يبطل العقد.

إسم الشخص المطلوب التأمين عليه
Name of Proposed Insured

الإسم الكامل بخط يده / يدها
Full Name in his / her own handwriting

X

التوقيع
Signature

إسم المالك (إذا كان غير الشخص
المطلوب التأمين عليه)
Name of Owner (if other
than Proposed Insured)

الإسم الكامل بخط يده / يدها
Full Name in his / her own handwriting

X

التوقيع
Signature

وقعت في
Signed at

مدينة
City

بلد
Country

في

D

D

من يوم
day of

M

M

٢٠

Y

Y

إسم المستشار المالي المستقل
Name of IFA

Witness /Representative

الشاهد / الممثل

I certify that the information supplied by the Proposed Insured(s) /Owner has been truthfully and "accurately recorded" on this application.

أصرح بأن المعلومات المقدمة من قبل الشخص المطلوب التأمين عليه / المالك صحيحة و مسجلة بدقة في هذا الطلب

إسم الشاهد

Name of Witness

D D M M Y Y Y Y

X

التوقيع
Signature

metlife-gulf.com/kuwait

MetLife, Inc. (NYSE: MET), through its subsidiaries and affiliates ("MetLife"), is one of the world's leading financial services companies, providing insurance, annuities, employee benefits and asset management to help its individual and institutional customers navigate their changing world.

Founded in 1868, MetLife has operations in more than 40 countries and holds leading market positions in the United States, Japan, Latin America, Asia, Europe and the Middle East. For more information, visit www.metlife.com.

MetLife is a pioneer of life insurance with a presence of nearly 65 years in the Gulf. Through its branches, MetLife offers life, accident and health insurance along with retirement and savings products to individuals and corporations.

For more information, visit www.metlife-gulf.com.

شركة متلايف إنك (رمزها MET في بورصة نيويورك) من خلال فروعها والشركات التابعة لها ("متلايف")، هي شركة رائدة عالمياً في مجال التأمين على الحياة ودفعات الراتب السنوي والتأمين الجماعي للموظفين وإدارة الأصول، و تساعد عملائها من الأفراد والشركات على المضي في دروب حياتهم المتغيرة.

تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، ولها عمليات في أكثر من ٤٠ بلداً وتنبؤاً متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة www.metlife.com

متلايف هي شركة رائدة في مجال التأمين على الحياة موجودة في منطقة الخليج منذ قرابة ٦٥ عاماً. ومن خلال الفروع التابعة لها، تقدم شركة متلايف تأمين على الحياة، الحوادث وتأمين صحي، بالإضافة الى برامج وخدمات التقاعد والادخار للأفراد والشركات.

لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة: www.metlife-gulf.com



MetLife | Kuwait
© 2021 METLIFE, INC.

IFA-CC-AP-EA-KUW-0321-H