

IFA Application Form نموذج طلب المستشار المالي المستقل

Kuwait

الكويت

رقم البوليصة
Policy No.

إسم المستشار المالي المستقل
IFA Name

رمز العميل
Agent Code

إسم المستشار المالي
Financial Advisor Name

► All sections in the form are required to be completed

◀ يجب ملء جميع الأقسام في النموذج

► Please use block capital letters to fill in the form

◀ الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح

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

١. تفاصيل الشخص المطلوب التأمين عليه (كما موضح 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 القرى بمالك الوثيقة
Relationship to Policy Owner

Residency* الإقامة*

1) 2) 3)

*الإقامة هي أي مكان قد يلزمك بالتصريح عن ضريبة الدخل كقيم 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 ٣ سنوات بالدولار الأمريكي

السنة الحالية
Current Year

السنة الماضية
Last Year

السنة ما قبلها
The Year Before

مصدر الدخل
Other sources of Income (if any) Source

مصادر الدخل الأخرى (إن وجد)

الدخل السنوي
Annual Income

Personal Banking Details المراجع المصرفية الشخصية

إسم البنك
Name of Bank

العنوان
Address

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

رمز البلد
Country Code

رمز المنطقة
Area Code

2. Applicant / Policy Owner details

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

٢. تفاصيل مقدم الطلب / مالك الوثيقة (إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه - كما موضح 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) 2) 3)

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	<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 المراجع المصرفية الشخصية

إسم البنك Name of 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	<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	<input type="text"/>	الهاتف المتحرك Mobile	<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"/>
---	--	---------------------------------------	--	----------------------

Assets (at market value) (بالقيمة السوقية) (الأصول)

النقدية بالمصارف Cash in Bank(s)	\$
الأسهم والسندات Shares & Bonds	\$
ممتلكات شخصية (سيارات، أثاث، مجوهرات و غيرها) Personal Property (auto, furniture, jewelry, etc..)	\$
أصول أخرى (يرجى ذكرها) Other Assets (Please define)	\$
الإجمالي Total	\$

Liabilities الديون

أوراق دفع / قروض مستحقة للبنوك Notes / Loans Payable to Banks	\$
أوراق دفع / قروض مستحقة للغير Notes / Loans Payable to Others	\$
رهون أو حجوزات على العقارات Mortgages or Liens on Real Estate	\$
ضرائب وفوائد مستحقة Taxes and Interest Due	\$
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

البنك Bank		العنوان Address	
البنك Bank		العنوان Address	

Do you agree referring to them, if necessary, for the purpose of assessing your Application?

نعم
YES

لا
NO

هل توافق بالرجوع إلى تلك البنوك إذا لزم الأمر، بغرض تقييم طلبكم؟

If 'no', please explain

إذا كانت الإجابة 'لا'، يرجى التوضيح

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

نعم
YES

لا
NO

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

If 'yes', please provide complete details

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح

7. Details of Life Insurance & Supplementary Contracts Applied For

٧. تفاصيل التأمين على الحياة و العقود الإضافية المقدم عليها

Basic Plan of Insurance:

برنامج التأمين الأساسي:

Currency	<input type="checkbox"/> دولار أمريكي USD	<input type="checkbox"/> جنيه استرليني GBP	<input type="checkbox"/> يورو EURO	العملة	
Amount of insurance (for Proposed Insured)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	مبلغ التأمين (للشخص المطلوب التأمين عليه)	
Plan Term	<input type="text"/>		<input type="text"/>	مدة البرنامج	
Accelerated Critical Illness with Accelerated Terminal Illness Benefit	Coverage Amount	<input type="text"/>		المنفعة المعجلة للمرض المستعصي مع منفعة المرض العضال	
Mode of Payment	<input type="checkbox"/> شهري Monthly	<input type="checkbox"/> ربع سنوي Quarterly	<input type="checkbox"/> نصف سنوي Semi-annual	<input type="checkbox"/> سنوي Annual	طريقة دفع الأقساط
Modal Premium	<input type="text"/>			القسط الدوري	

Details of Payment:

نعم
YES

لا
NO

Is the policy owner making the payments from their own funds?

هل يقوم مالك البوليصة بإجراء الدفعات من أمواله الخاصة؟

<input type="checkbox"/> عقد اضافي برنامج مدى الحياة (العجز الجزئي الدائم + العجز الكلي الدائم نتيجة حادث أو مرض) منفعة شهرية Forever supplementary contract (PPD/PTD due to accident or sickness) Monthly Benefit						
(بالدولار الأمريكي) USD	<input type="checkbox"/> 3,000	<input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 1,500	<input type="checkbox"/> 1,000	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 250
(جنيه استرليني) GBP	<input type="checkbox"/> 1,800	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 900	<input type="checkbox"/> 600	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 150
(يورو) EURO	<input type="checkbox"/> 2,400	<input type="checkbox"/> 1,600	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 800	<input type="checkbox"/> 400	<input type="checkbox"/> 200
(درهم إماراتي) AED	<input type="checkbox"/> 12,000	<input type="checkbox"/> 8,000	<input type="checkbox"/> 6,000	<input type="checkbox"/> 4,000	<input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 1,000

<input type="checkbox"/> PAL supplementary contract (USD) (العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (دولار أمريكي))					
If applied for, please tick the selected Plan:	البرنامج المتميز Executive plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج المختار بوضع <input checked="" type="checkbox"/>
a) AD & D, PTD - 24 Hour coverage	150,000	100,000	50,000	25,000	أ) تعويض الوفاة بحادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار 24 ساعة)
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	450,000	300,000	150,000	75,000	ب) تعويض الوفاة بحادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً
b) Accident Medical Expense Reimbursement	10,000	6,000	5,000	2,500	ج) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث
Optional with a & b only c) Weekly Indemnity* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	500	300	200	100	إختياري مع أ و ب فقط د) الدخل الأسبوعي في حالة العجز نتيجة حادث* نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (لا تتعدى 75% من الدخل الأسبوعي)

<input type="checkbox"/> PAL supplementary contract (GBP) (العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (جنيه استرليني))					
If applied for, please tick the selected Plan:	البرنامج المتميز Executive plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج المختار بوضع <input checked="" type="checkbox"/>
a) AD & D, PTD - 24 Hour coverage	90,000	60,000	30,000	15,000	أ) تعويض الوفاة بحادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار 24 ساعة)
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	270,000	180,000	90,000	45,000	ب) تعويض الوفاة بحادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً
b) Accident Medical Expense Reimbursement	6,000	3,600	3,000	1,500	ج) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث
Optional with a & b only c) Weekly Indemnity* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	300	180	120	60	إختياري مع أ و ب فقط د) الدخل الأسبوعي في حالة العجز نتيجة حادث* نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (لا تتعدى 75% من دخلك الأسبوعي)

<input type="checkbox"/> PAL supplementary contract (EURO) (العقد الإضافي لتأمين الحوادث الشخصية (يورو))					
If applied for, please tick the selected Plan:	البرنامج المتميز Executive plan <input type="checkbox"/>	البرنامج الأول Plan 1 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثاني Plan 2 <input type="checkbox"/>	البرنامج الثالث Plan 3 <input type="checkbox"/>	في حال طلب العقد يرجى تحديد البرنامج المختار بوضع <input checked="" type="checkbox"/>
a) AD & D, PTD - 24 Hour coverage	120,000	80,000	40,000	20,000	أ) تعويض الوفاة بحادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم (تغطية على مدار 24 ساعة)
AD & D, PTD-On Common Carrier & Flying	360,000	240,000	120,000	60,000	ب) تعويض الوفاة بحادث، فصل الأعضاء و العجز الكلي الدائم خلال استخدام النقل العام و السفر جواً
b) Accident Medical Expense Reimbursement	8,000	4,800	4,000	2,000	ج) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث
Optional with a & b only c) Weekly Indemnity* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *should not exceed 75% of Earned Weekly Salary	400	240	160	80	إختياري مع أ و ب فقط د) الدخل الأسبوعي في حالة العجز نتيجة حادث* نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (لا تتعدى 75% من دخلك الأسبوعي)

8. Beneficiaries for Proposed Insured

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	

b) Beneficiary Personal Details

(ب) التفاصيل الشخصية للمستفيد

الإسم الكامل للمستفيد Beneficiary Name	*الشخص الذي يمكن الإتصال 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.

* يرجى الرجوع إلى إبراء المسؤولية لتعيين المستفيدين.

* **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)* **الملاحظات:** إذا تم تعيين القاصرين كمستفيدين، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للوصي القانوني (غير مالك البوليصة والمؤمن عليه)

* 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.

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

9. Does the Proposed Insured and / or Policy Owner have any existing insurance?

نعم
YESلا
NO

٩. هل يوجد لدى الشخص المطلوب التأمين عليه و / أو مالك الوثيقة أية وثائق تأمين أخرى؟

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

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

رقم الوثيقة Policy No.	نوع التغطية (الحياة ، الحوادث والصحة ، الاستثمار) Type of Cover (Life, Accident & Health, Investment)	الإسم Name	الشركة Company	تاريخ النفاذ Effective Date	مبلغ التغطية Coverage Amount	القسط السنوي Annual Premium

10. General Questions

١٠. التصريحات العامة

(Apply to Proposed Insured and/or Policy Owner in this application)

(تنطبق على الشخص المطلوب التأمين عليه/أو مالك البوليصة في هذا الطلب).

1. Has any application for insurance or reinstatement ever been declined, postponed, rated or in any way modified?

نعم
YESلا
NO

١. هل رفض لك طلب تأمين أو رفض طلب إعادة سريان بوليصة أو هل أن مثل ذلك الطلب قد أرجئ البت فيه أو صنف بتعرفة أعلى من القسط العادي أو عدل بأي طريقة؟

If 'yes', give details below.

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء اعطاء التفاصيل.

الإسم Name	التفاصيل Details

2. Do you now or intend to undertake or participate in any kind of racing, scuba or sky diving, hang gliding or any other hazardous sport or activity, or do you fly or intend to fly other than as a fare-paying passenger on regularly scheduled airlines?

نعم
YES

لا
NO

٢. هل أنت الآن أو تنوي القيام أو المشاركة في أي نوع من السباق أو الغطس أو القفز بالمظلات أو الطيران الشراعي أو أي رياضة أو نشاط آخر خطير، أو هل تطير أو تنوي أن تطير كمسافر مدفوع الأجر على الخطوط الجوية المجدولة بانتظام؟

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء تعبئة الإستبيان المناسب.

If 'yes', give details below.

الإسم Name	التفاصيل Details

3. Travel plans outside your current country of residence within the next 12 months?

نعم
YES

لا
NO

٣. خطط السفر خارج بلد إقامتك الحالي خال الاثني عشر شهراً القادمة؟

If 'yes', give country(ies), purpose and duration of trip details in space provided below.

إذا كانت الإجابة نعم الرجاء تحديد الدولة، سبب الزيارة، المدة وتفاصيل كل رحلة في الجدول المبين أدناه.

الإسم Name	الغرض Purpose	الدولة Country	المدينة City	مجموع عدد الأيام Total no of days

11. 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.*

١١. التصريحات الطبية (تشمل التصريحات كافة الأشخاص المطلوب التأمين عليهم المذكورين 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

(أ) 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:

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

- (b) الشخص المطلوب التأمين عليه
Proposed Insured

الطول(سم) Height(cm)	الوزن(كغ) Weight(kg)

الطول(سم) Height(cm)	الوزن(كغ) Weight(kg)

(ب)

- (c) Smoker's details

(ج) تفاصيل عن الشخص المدخن

الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	المالك Owner	النوع Type	الشخص المطلوب التأمين عليه Proposed Insured	المالك Owner
هل دخنت أي نوع من أنواع التبغ، السجائر، الأنابيب، الشيشة، السجائر الإلكترونية، أو مضغ التبغ في الاثني عشر شهراً الماضية؟ Yes		إذا نعم If Yes	النوع Type	
Have you smoked any type of tobacco, cigarettes, pipe, shisha, e-cigarette, vape, or chew tobacco in the last 12 months? لا No			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:

لا نعم
 YES NO

- (أ) حمى الروماتيزم، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع الكوليسترول في الدم، لغط، جلطة دماغية، ألم في الصدر، أمراض القلب و الشرايين و 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) 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?
- (و) الربو، أو أية اضطرابات تتعلق بالجهاز التنفسي أو الرئوي؟
 f. Asthma, Respiratory, or lung disease?
- (ز) أمراض عقلية أو اضطرابات نفسية بما في ذلك القلق والإكتئاب؟
 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 مرض، خلل في النظر، النطق أو السمع؟
 i. Any disorder of sight, speech, or hearing?
- (ي) أية أمراض وراثية أو خلقية؟
 j. Any hereditary or congenital condition?
- (ك) أية حالات مزمنة، علة أو أية إصابة لم يتم ذكرها أعلاه؟
 k. Any chronic condition, infirmity, or injury not mentioned above?

لا نعم
 YES NO

(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، ولم يتم الفصح عنه أعلاه؟
(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?

لا نعم
 YES NO

***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 الوثيقة) 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

لا نعم
 YES NO

(و) هل أصيب أي من افراد 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:

لا نعم
 YES NO

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

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)

هم
Are

ليسوا
Are Not

من حاملي الجنسية الأمريكية وذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة الأمريكية⁽¹⁾⁽²⁾
United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes⁽¹⁾⁽²⁾

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:

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بمقدم الطلب و المؤمن عليه
U.S. Tax ID number of Applicant(s) & Insured:

رقم شهادة الضريبة الأمريكية الخاصة بالمستفيد/المستفيدين
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, and trust which is controlled by one or more U.S. persons and is subject to the supervision of a U.S. court.

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

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

إذا كنت من حاملي الجنسية الأمريكية، املئ التفاصيل أدناه:

١. لإعتبارات خاصة بضريبة الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية، تلزم دائرة الضرائب الأمريكية الشركة بإبلاغها عن أي مدخول يتم دفعه إلى أشخاص خاضعين لضريبة الدخل الفيدرالية للولايات المتحدة الأمريكية. يرجى الملاحظة بأنه في حال كنت شخصاً أمريكياً، لإعتبارات ضريبة الدخل المشار إليها أعلاه ولم تقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة، فإن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة باحتساب و الاقتطاع بضريبة دخل بمعدل قد يصل إلى ٣٠% من المبالغ المدفوعة لك.
٢. يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية، أي شركة أمريكية أو صندوق إنتمائي يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية.

Free Look Period:

فترة المراجعة المجانية:

You are entitled to a free trial period of thirty (30) days effective from the Policy Date. During which time, You may cancel this Policy by sending a written request of cancellation which must be received by Us at any time within the first thirty (30) days following the Policy Date. During this freelook period any cancellation request will be subject to a refund of Premium without interest.

The cost of medical examinations, if any, will be deducted from the refunded amount as well. No refund will be made if a claim has already been paid.

يحق لك الحصول على فترة مراجعته مجانية لمدة ثلاثين (٣٠) يوم تبدأ من تاريخ الوثيقة. وفي هذه الفترة يمكنك أن تلغي الوثيقة بموجب إرسال طلب إلغاء خطي نستلمه في أي وقت خلال الثلاثين (٣٠) يوماً الأولى التي تلي مباشرة لتاريخ الوثيقة لديك الحق في الحصول على إعادة للأقساط بدون فوائد.

سوف يتم خصم تكاليف الفحوصات الطبية، إن طبقت، من المبلغ المسترد أيضاً. لن يتم إعادة أي قسط إذا تم دفع مطالبة ولن يتم إعادة أي قسط إذا تم دفع المطالبة.

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 obtained under the Policy and its 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. مسئول التوزيع غير مسؤول عن الإجراءات التي تقوم بها متلايف أو القرارات التي تتخذها بموجب عقد البوليصة، كما أن مسئول التوزيع غير مسؤول عن سداد أية مطالبات أو خدمات بموجب عقد البوليصة الصادر عن متلايف.

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

Important: Before signing this Declaration please check that the answers given in this application are complete and correct.

ملحوظة مهمة: قبل التوقيع على هذا الإقرار، يرجى التأكد من أن الإجابات الواردة في هذه الإستمارة مكتملة وصحيحة.

"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 عن البنك 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:** ما لم نستلم منك توجيهات مغايرة، فإننا سنقوم بتطبيق القواعد التالية:

- 1) في حال تعيينك لأكثر من مستفيد واحد: أ- إذا لم 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/المستفيدين المتوفى في مبلغ التأمين ويتم توزيع حصته/حصصهم على باقي المستفيدين بالتساوي، ما لم نستلم توجيهات خطية منك بخلاف ذلك.
- 2) في حال تعيينك لمستفيد واحد و وفاة هذا الأخير قبل وفاة الشخص الذي تم التأمين على حياته، سنقوم بدفع مبلغ التأمين إلى تركة المؤمن عليه.
- 3) في حال عدم تعيينك لأي مستفيد سيتم دفع مبلغ التأمين إلى تركة المؤمن عليه. إن الحق في تعيين، فسخ أو تغيير المستفيد/المستفيدين يكون محصور فقط في مقدم الطلب/حامل بوليصة التأمين (بحسب ما ينطبق).

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.
- (e) The following 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 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's receives my written approval of the new coverage terms and / or policy rates offered by MetLife.

(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 البوليصة الموضح في جدول مواصفات البوليصة. أوافق على قبول تسليم البوليصة 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 المكملة المرفقة بها، إذا قامت متلائف بإصدارها ومتى قامت بهذا الإصدار وفقاً للطلب المقدم من قبلي.

(ب) أتفهم أن قبول أي وثيقة مصدرة بموجب هذا الطلب تعتبر مصادقة على ما جاء بها من تصحيحات أو تعديلات قامت متلائف بإجرائها في القسم المعنون بـ "تظهير الشركة فقط".

(ج) أتفهم أنه لا يسمح إلا لموظف مخول من متلائف لـ (١) الوفاء بالعقود أو (٢) التنازل عن أو تغيير أي شرط في الطلب، البوليصة أو الاستلام؛ (٣) قبول أو النظر في إمكانية التأمين، وأن مثل هذا التنازل/التغيير سوف يكون سارياً فقط إذا إصدار تظهير به وأرفق نسخة منه بهذا الطلب.

(د) أتفهم بأن أي إقرار يصدر مني لأي وكيل أو طبيب شرعي لن يعتبر إقراراً صحيحاً ما لم 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 و دقيقة حول وضعي المالي في تاريخ إصدار هذا البيان و يدعمها أدلة أقوم بتقديمها تنفيذ 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) أفوض أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلائف) 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 سوف يتم توزيعها في خلال ١٥ يوماً من تاريخ تسليم البوليصة وتسلم قيمة المساهمة بالكامل على نحو صحيح والحصول على مخالصة من متلائف بذلك.

(ح) أتفهم أنه في حال إصدار بوليصة التأمين متضمنة شروط تغطية مختلفة أو كان سعر القسط مختلفاً عن شروط التغطية وأو سعر القسط الوارد في الطلب المقدم من قبلي، فإنه يتم تعليق هذه البوليصة إلى أن تتلقى متلائف موافقتي الخطية على شروط التغطية وأو سعر القسط الجديد المقدم من قبل متلائف.

- (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) 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..
- (ط) أقر هنا بأن متلايف قد تكون ملزمة بموجب القوانين المطبقة بالقيام بإقتطاع 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، وأجيز 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 / أو استشارة طبية ، تشخيص ، علاج ، مرض و / أو علة. كما وأني أفوض متلايف بالحصول، من أي مصدر تراه مناسباً، على أية معلومة تتعلق بوضعي المالي و/أو المهني و/أو الشخصي ، بالإضافة الى أية معلومات متعلقة بتاريخ قيادتي للمركبات. 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 لتحويل معالجة ومشاركة بياناتي الشخصية الى 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، شركائها 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 وثيقة 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 ولضمان 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 الوصفات 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
- (ل) أقر وأتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (أ) كان صاحب البوليصة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (ب) كان صاحب البوليصة 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، (ج) 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 يُعزّض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين نافذة.

(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.

(م) وسائل التواصل الإلكتروني:

١. **الاشعارات:** 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 ("الاشعارات"). كما و أوافق على أن أتلقى الاشعارات وأنفهم بأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الاشعارات سيتم إرسالها دون إنقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو إنقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لنشوء أية مسؤولية على متلايف. وأنفهم بأنني لن أبأشر بإقامة أي دعوى أو شكوى أو مطالبة ضد متلايف جراء وقوع أي خطأ أو إنقطاع في الاشعارات و/أو لأي سبب من الأسباب جراء إستقبال أو عدم إستقبال الاشعارات. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامى للاشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية اخطاء فنية.

٢. **إرسال و إستلام المستندات إلكترونياً:** من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بي و توقيع هذا الطلب ، فإنني أوافق على إستلام 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. أنا أنفهم 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 توقيفي عن استلام المستندات. أنا أوافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسلة 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 استلامى للبريد 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، أنفهم بأنه من واجبي إعلام متلايف فوراً بذلك.

من خلال توقيعي لهذا الطلب، فأنا أقر وأوافق على أنه في حال رغبتني في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً، فإنه من واجبي تقديم مستند خطي يفيد برغبتني بإلغاء هذا التفويض .

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 ببوليصة 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 جميع الأطراف المعنيين في الوثيقة هنا والمقدم هذا الطلب لأجلهم. أيضاً، أنا أفهم أن أية بيانات 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

M

M

٢٠

Y

Y

day of

Witness / Representative**الشاهد / ممثل البنك**

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
وكاملة 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

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 وتتبعها متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة واليابان 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 إلى برامج وخدمات التقاعد والادخار للأفراد والشركات.

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



MetLife | Kuwait

© 2021 METLIFE, INC.

IFA-LL-APP-EA-KUW-0321-H