

البرنامج الأولمبي Olympic Plan

نموذج طلب المستشار المالي المستقل ا.ع.م.
IFA Application Form U.A.E.

رقم الطلب
Application No.
رمز الوكيل
Agent's Code

اسم المستشار المالي المستقل
IFA Name
اسم المستشار المالي
Financial Advisor Name

- ▶ All sections in the form are required to be completed
- ▶ Please use **BLOCK CAPITAL LETTERS** to fill in the form
- ▶ Please provide a separate **Credit Card Authorization form** for each policy if you have selected two or more plan

- ◀ يجب ملء جميع الأقسام في النموذج
- ◀ الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح
- ◀ يُرجى تقديم نموذج تفويض بطاقة ائتمان منفصل لكل وثيقة إذا قمت باختيار برنامجين أو أكثر

Part I

الجزء الأول

Proposed Insured's Details

تفاصيل الشخص المطلوب التأمين عليه

الإسم الأول
First Name
إسم الوالد
Middle Name
الشهرة
Last Name
الجنس
Gender ذكر Male أنثى Female
الحالة الاجتماعية
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 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 / معال / طالب Unemployed/Dependent/Student
الموقع الوظيفي
Position / Title
طبيعة المهام اليومية
Exact Daily Duties
إسم صاحب العمل / الشركة
Employer's / Company's Name
مصدر الدخل
Source
الدخل السنوي
Annual Income
معدل الدخل السنوي المكتسب خلال 3 سنوات بالدولار الأمريكي
Average **Earned Annual Income** in the past 3 years in USD
السنة الماضية
Last Year
السنة ما قبلها
The Year Before

Personal Banking Details

المراجع المصرفية الشخصية

إسم البنك
Name of Bank
العنوان
Address

Current Business Address

عنوان العمل الحالي

الدولة
Country
المدينة/الإمارة
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/الإمارة
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

Send Correspondence to

إرسال المراسلات إلى

عنوان الإقامة Residence عنوان العمل Work آخر Other
يرجى الشرح إذا اخترت آخر
If Other, please provide

a) Beneficiary Allocation

(أ) تخصيص المستفيد

الإسم الكامل للمستفيد Full Name of Beneficiary	صلة القرى Relationship	الجنسية Nationality	بلد الإقامة Country of Residence	تاريخ الميلاد Date of Birth				النسبة Percentage	الأساسي/الإحتياطي Primary/Contingent				
				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 الإتصال به في حال كان المستفيد المعين مذكورا وفقا للملاحظات أدناه * Contact Person name in case the appointed beneficiary is as per below notes	* عنوان البريد الإلكتروني * Email Address	* تفاصيل الإتصال * Contact Details

- * **Notes:** If the nominated beneficiary/ies is a/are minor/s, kindly state the email address and contact details of the legal guardian (other than the Policy Owner and/or Proposed Insured).
- * If the nominated beneficiary is/are legal heirs, as per Shariah law, or estate, kindly state the email address and contact details of the person in charge to be contacted.
- * Please refer to Special Conditions for beneficiary designation in the last page before customer signature.

- * الملاحظات: إذا تم تعيين القاصرين كمستفيدين، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للوصي القانوني (غير مالك الوثيقة والمؤمن عليه)
- * في حالة ذكر الورثة الشرعيين أو قانون الشريعة أو التركة كمستفيدين، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للشخص المسؤول عن الاتصال به.
- * يرجى الرجوع إلى الشروط الخاصة لتعيين المستفيدين في الصفحة الأخيرة قبل توقيع العميل.

Spouse's Details

(if proposed to be insured under the same policy)

تفاصيل الزوج

(المقترح أن يتم التأمين عليهم بموجب نفس الوثيقة)

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"/>	بلد الولادة Country of Birth	<input type="text"/>		
مدينة الولادة City 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*

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 / معال / طالب Unemployed/Dependent/Student
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"/>			
مصادر الدخل الأخرى (إن وجد) Other sources of Income (if any)	مصدر الدخل Source	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>
معدل الدخل السنوي المكتسب خلال ٣ سنوات بالدولار الأمريكي Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD	<input type="text"/>	السنة الماضية Last Year	<input type="text"/>	السنة ما قبلها The Year Before

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/الإمارة 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	-	البريد الإلكتروني E-mail

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

BENEFICIARY/IES FOR SPOUSE

المستفيدون الزوج/الزوجة

a) Beneficiary Allocation

(أ) تخصيص المستفيد

الإسم الكامل للمستفيد Full Name of Beneficiary	صلة القرى Relationship	الجنسية Nationality	بلد الإقامة Country of Residence	تاريخ الميلاد Date of Birth								النسبة Percentage	الأساسي/الإحتياطي Primary/Contingent
				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 الإتصال به في حال كان المستفيد المعين مذكورا وفقا للملاحظات أدناه * Contact Person name in case the appointed beneficiary is as per below notes	* عنوان البريد الإلكتروني * Email Address	* تفاصيل الإتصال * Contact Details

- * **Notes:** If the nominated beneficiary/ies is a/are minor/s, kindly state the email address and contact details of the legal guardian (other than the Policy Owner and/or Proposed Insured).
- * If the nominated beneficiary is/are legal heirs, as per Shariah law, or estate, kindly state the email address and contact details of the person in charge to be contacted.
- * Please refer to Special Conditions for beneficiary designation in the last page before customer signature.

- * الملاحظات: إذا تم تعيين القاصرين كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للوصي القانوني (غير مالك الوثيقة والمؤمن عليه)
- * في حالة ذكر الورثة الشرعيين أو قانون الشريعة أو التركة كمستفيدين ، يرجى تحديد عنوان الاتصال والبريد الإلكتروني للشخص المسؤول عن الاتصال به.
- * يرجى الرجوع إلى الشروط الخاصة لتعيين المستفيدين في الصفحة الأخيرة قبل توقيع العميل.

Dependent's Details

(proposed to be insured under the same policy)

تفاصيل المعالين
(المقترح أن يتم التأمين عليهم بموجب نفس الوثيقة)

إسم الطفل الكامل Full Name of Child	الجنس Gender	تاريخ الميلاد Date of Birth	الجنسية Nationality	بلد الإقامة Country of Residence	الطول Height	الوزن Weight
Full Name of Child		D D M M Y Y Y Y				
Full Name of Child		D D M M Y Y Y Y				
Full Name of Child		D D M M Y Y Y Y				
Full Name of Child		D D M M Y Y Y Y				

Note: Any change in the eligibility of a Named Insured must be immediately notified to the Company.

ملاحظة: يجب إبلاغ الشركة على الفور في حال حدوث أي تغيير في أهلية المؤمن عليه.

Applicant / Policy Owner Details (If other than Proposed Insured - as shown in the identification document)

تفاصيل مقدم الطلب / مالك الوثيقة
(كما موضح في الوثائق الرسمية إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه)

Is the Proposed Insured the same person as the Policy Owner?

نعم YES

لا NO

هل الشخص المطلوب التأمين عليه هو نفسه مالك الوثيقة؟

If the answer is 'Yes', you can skip this section.

إذا كانت الإجابة "نعم"، فيمكنك تخطي هذا القسم.

If the answer is 'No', please fill out this section completely.

إذا كان الجواب "لا"، فيرجى ملء هذا القسم بالكامل

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
مدينة الولادة City of Birth	<input type="text"/>	بلد الولادة Country of Birth	<input type="text"/>	تاريخ الميلاد Date of Birth	D D M M Y Y Y Y
يرجى ذكر جميع الجنسيات Please list all Nationalities	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>		

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 / معال / طالب Unemployed/Dependent/Student

الموقع الوظيفي Position / Title طبيعة المهام اليومية Exact Daily Duties

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

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

معدل الدخل السنوي المكتسب خلال ٣ سنوات بالدولار الأمريكي Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD السنة الماضية Last Year السنة ما قبلها The Year Before

Personal Banking Details

المراجعة 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

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

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

نعم YES لا NO

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

FINANCIAL DECLARATIONS

الإفصاحات المالية

i. Net Worth

z. صافي القيمة

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

الديون (Liabilities

النقدية بالمصارف Cash in Bank(s)	\$ <input type="text"/>
الأسهم و السندات Shares and Bond	\$ <input type="text"/>
ممتلكات شخصية (سيارات، أثاث، مجوهرات و غيرها) Personal Property (auto, furniture, jewelry, etc..)	\$ <input type="text"/>
أصول أخرى (يرجى ذكرها) Other Assets (Please define)	\$ <input type="text"/>
الإجمالي Total	\$ <input type="text"/>

أوراق دفع / قروض مستحقة للبنوك Notes / Loans Payable to Banks	\$ <input type="text"/>
أوراق دفع / قروض مستحقة للغير Notes / Loans Payable to Others	\$ <input type="text"/>
رهون أو حجوزات على العقارات Mortgages or Liens on Real Estate	\$ <input type="text"/>
ضرائب و فوائد مستحقة Taxes and Interest Due	\$ <input type="text"/>
قروض للتأمين على الحياة Loans of Life Insurance	\$ <input type="text"/>
خصوم أخرى (يرجى ذكرها) Other Liabilities (please define)	\$ <input type="text"/>
الإجمالي Total	\$ <input type="text"/>

ii. Personal / Business Banking References

ii. المراجع المصرفية الشخصية / التجارية

البنك Bank	<input type="text"/>	العنوان Address	<input type="text"/>
البنك Bank	<input type="text"/>	العنوان Address	<input type="text"/>

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؟ **نعم YES** **لا NO**

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

iii. Financial Disclosures

iii. التصريحات المالية

Are there any suits pending or judgements against you at this time? **نعم YES** **لا NO** هل توجد دعاوى قضائية أو أحكام معلقة ضدك في هذا الوقت؟ **نعم YES** **لا NO**

If 'yes', please provide complete details إذا كانت الإجابة لا، يرجى التوضيح الكاملة

Part II - Details of Plan Selected

الجزء الثاني - تفاصيل البرنامج المختار

Olympic Plan

البرنامج الأولمبي

Benefits Table جدول المنافع					العملة (دولار أمريكي) Currency: USD				
برنامج الياقات البيضاء White Collar Plan	الباقة الفردية Individual Package	الباقة العائلية Family Package			برنامج الياقة الزرقاء Blue Collar Plan	الباقة الفردية Individual Package	الباقة العائلية Family Package		
		المؤمن عليه Insured	الزوجة/الزوجة Spouse	الأبناء Children			المؤمن عليه Insured	الزوجة/الزوجة Spouse	الأبناء Children
تعويض فقدان الحياة بحدوث وفصل الأعضاء و فقدان البصر والسمع والتعويض عن النطق والعجز الكلي والدائم Loss of Life due to Accident, Dismemberment, and Permanent Total Disability	30,000	15,000	15,000	7,500	تعويض فقدان الحياة بحدوث وفصل الأعضاء و فقدان البصر والسمع والتعويض عن النطق والعجز الكلي والدائم Loss of Life due to Accident, Dismemberment, and Permanent Total Disability	15,000	7,500	7,500	3,750
ارجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث Accident Medical Reimbursement	3,000	1,500	1,500	750	ارجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث Accident Medical Reimbursement	1,500	750	750	375
الدخل الاسبوعي في المستشفى نتيجة حادث Accident In-Hospital Weekly Income	300	150	150	75	الدخل الاسبوعي في المستشفى نتيجة حادث Accident In-Hospital Weekly Income	150	75	75	37.5

2 children are covered free of charge under the Family Package

يتم تغطية 2 من الأبناء مجاناً بموجب الباقة العائلية

Selected Plan:

البرنامج المختار:

<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Blue	<input type="checkbox"/> أزرق	<input type="checkbox"/> أبيض
<input type="checkbox"/> Individual Package	<input type="checkbox"/> Family Package	<input type="checkbox"/> الباقة العائلية	<input type="checkbox"/> الباقة الفردية

A policy fee of USD 5.00 (Annual Policy) or USD 15.00 (Single Premium Policy) will be collected along with the application.

سوف يتم تحصيل رسوم الوثيقة مع طلب التأمين يبلغ 5,00 دولار أمريكي (لوثيقة القسط السنوي) و 15,00 دولار أمريكي (لوثيقة القسط الواحد)

طريقة الدفع سنوي قسط وحيد سنوات **Mode of Payment Annual Single Premium for Years**

القسط Premium	+	رسوم ضريبة، طابع و ضرائب Stamp Duty, Taxes & Fees	=	إجمالي القسط Total Premium
------------------	---	--	---	-------------------------------

Part III - Payment Details

الجزء الثالث - تفاصيل الدفع

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؟ **نعم YES** **لا NO**

If the answer is 'No', please proceed to complete the "Payor Details" Form or the Credit Card Authorization Form, as applicable separately. إذا كانت الإجابة "لا"، فالرجاء استكمال نموذج "بيانات الشخص المخول بالدفع" أو نموذج تفويض بطاقة الائتمان، حيثما ينطبق، بشكل منفصل.

If the answer is 'Yes', please complete the details below: إذا كانت الإجابة نعم، يرجى استكمال التفاصيل التالية:

Bank Name	<input type="text"/>	إسم البنك
Bank branch and address	<input type="text"/>	فروع البنك والعنوان
Country	<input type="text"/>	البلد
Account holder's Name	<input type="text"/>	إسم صاحب الحساب
Account number	<input type="text"/>	رقم الحساب

رقم الحساب المصرفي الدولي (ملاحظة: إعتقاداً 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)

المبلغ المدفوع مع هذا الطلب

Amount paid with this application

العملة
Currency

الدفع
Paid

شيك رقم
Cheque No.

تاريخ
Dated

آخر
Other

إذا كانت طريقة دفع الأقساط (شهري أو ربع سنوي) الرجاء ملء وتوقيع استمارة القيد المصرفي المباشر أو استمارة بطاقة الائتمان.

If monthly or quarterly mode of payment, complete and sign separate Banker's Order or complete Credit Card Authorization Form.

Part IV - General Health Details

الجزء الرابع - تفاصيل الصحة العامة

Questions pertain to all Proposed Insureds named on the application. If the answer is "yes" to any question, give details including physician's names and date/s of consultation/s

إن الأسئلة الواردة أدناه تتعلق بجميع الأشخاص المطلوب التأمين عليهم في هذا الطلب إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء إعطاء التفاصيل بما في ذلك اسم الطبيب والتواريخ

1. Has any person been treated for or diagnosed with or intends to seek medical advice for diabetes, high blood pressure, any disorder or disease of the heart, lung, back, or spine; mental or nervous disorder; cancer, leukemia, kidney or liver disease; any other disease or any injury?

نعم لا
YES NO

١. هل تم علاج أو تشخيص أي شخص أو ينوي إستشارة طبية بشأن مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو أي اضطراب أو مرض في القلب أو الرئة أو الظهر أو العمود الفقري؛ الاضطراب العقلي أو العصبي. السرطان، سرطان الدم، أمراض الكلى أو الكبد؛ أي مرض آخر أو أي إصابة؟

2. Have you used or smoked any type of tobacco, cigarettes, pipe, shisha, e-cigarette, vape, or chewed tobacco in the past 12 months?

٢. هل دخت أي نوع من أنواع التبغ، السجائر، الغليون، الشيشة، السجائر الإلكترونية، أو مضغ التبغ في الاثني عشر شهراً الماضية؟

If 'yes', please indicate: الرجاء الذكر

السنة التي بدأت فيها التدخين:

The year in which you started smoking:

النوع:

Type:

الكمية في اليوم الواحد:

Quantity per day:

3. Do you intend to seek medical advice, treatment, or have any medical tests performed?

٣. هل تنوي طلب المشورة الطبية أو العلاج أو إجراء أي فحوصات طبية؟

4. What is your Height

ما هو طولك؟

الوزن

طول الزوج / الزوجة
Your Spouse's Height

الوزن

٤.

I understand that any participation, practice or competition in any form of sports or hazardous activities(Examples: skydiving, underwater diving, hang-gliding, parachuting, private flying, mountain climbing, auto, cycle, or boat racing, surfing or skiing on land or water, etc.) is not covered as per the standard policies terms and conditions.

أفهم أن أي مشاركة أو ممارسة أو منافسة في أي شكل من أشكال الرياضة أو الأنشطة الخطرة (أمثلة: القفز بالمظلات أو الغوص تحت الماء أو القفز المظلي أو الطيران الخاص أو تسلق الجبال أو السيارات أو ركوب الدراجات أو سباق القوارب أو ركوب الأمواج أو التزلج على الأرض أو الماء، وما إلى ذلك) لا يتم تغطيتها وفقاً لشروط وأحكام الوثائق القياسية.

معلومات إضافية (إن وجد)

Additional Information, if any

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

شروط خاصة: ما لم نستلم منك توجيهات مغايرة، فإننا سنقوم بتطبيق القواعد التالية:

- 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/Policy Owner (as the case may be).

- 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/المستفيدين المتوفى في مبلغ التأمين ويتم توزيع حصته/حصصهم على باقي المستفيدين بالتساوي، ما لم نستلم توجيهات خطية منك بخلاف ذلك.
- ٢) في حال تعيينك لمستفيد واحد ووفاء 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/مالك الوثيقة (بحسب ما ينطبق)

Important:

- Before signing this application make sure all answers are correct and all declarations above are fully understood.
- An incorrect or incomplete declaration may invalidate the policy.
- No Agent has the authority to modify the terms as written in the application form or to override the requirements of the Company.
- Only Agents of the Company are authorized to accept payment of initial deposit and issue Conditional Receipt and any such payment made to an Agent not so authorized or without obtaining receipt will be at the Applicant's own risk.
- If a payment is made with this application, please ensure to obtain your receipt for future payment queries.
- Starting 1st January 2018, MetLife will charge VAT on all policies which are subject to valued-added tax ("VAT") in accordance with the provisions of UAE Federal Law No. (8) of 2017 on VAT.

هام:

- قبل التوقيع على هذا الطلب، تأكد من أن جميع الإجابات صحيحة وأن جميع الإعلانات المذكورة أعلاه مفهومة تماماً.
- قد يؤدي إقرار غير صحيح أو غير كامل إلى إبطال هذه الوثيقة.
- لا يوجد وكيل لديه سلطة تعديل الشروط كما هو مكتوب في نموذج الطلب، أو لتجاوز متطلبات الشركة.
- فقط وكلاء الشركة مخولون بقبول دفع الوديعة الأولية وإصدار الإيصالات الشرطية وأياً هذه الدفعة المقدمة إلى وكيل غير مصرح به أو بدون الحصول على إيصال سيكون على مسؤولية مقدم الطلب.
- إذا تم إجراء دفعة باستخدام مع هذا الطلب، يرجى التأكد من الحصول على إيصال لاستفسارات الدفع المستقبلية.
- ابتداءً من 1 يناير 2018، ستقوم متلايف بتحصيل ضريبة القيمة المضافة على جميع البوالص التي تخضع لضريبة القيمة المضافة القانون الاتحادي لدولة الإمارات العربية المتحدة رقم (8) لسنة 2017 بشأن ضريبة القيمة المضافة.

DECLARATIONS

الإقرارات

- (أ) أوافق على أنه لن يكون هناك عقد للتأمين، إلا بعد إصدار وثيقة التأمين وتسليمها بناءً على هذا الطلب والسداد الفعلي للمساهمة الأولى فيها بالكامل، شريطة عدم حدوث أي تغيير في أهلية الشخص المطلوب التأمين عليه (الأشخاص المطلوب التأمين عليهم المقترحين) 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:
- 1 - عن طريق أحد مندوبي التوصيل أو بالبريد المسجل إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
- 2 - من خلال ممثل مفوض إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين. تسليم الوثيقة بأي من الطرق المذكورة أعلاه و سداد المساهمة الأولى الخاصة بي بالكامل يعتبر قبولاً لكافة الشروط بما فيها تلك الواردة في ملحق مواصفات الوثيقة أو أي ملحق (ملاحق) آخر للوثيقة المذكورة والعقود المكملة المرفقة بها، إذا قامت متلايف بإصدارها ومنى 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 متلايف بإجرائها في القسم المعنون ب "تظهير الشركة فقط".
- (ج) أتفهم أنه لا يسمح إلا لموظف مخول من متلايف ل (1: الوفاء بالعقود أو؛ 2: التنازل عن أو تغيير أي شرط في الطلب، الوثيقة أو الاستلام؛ 3) 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 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 المعلق للتأمين على حياتي، و تقدم كإقرارات حقيقية و دقيقة حول وضعي المالي في تاريخ إصدار هذا البيان و يدعمها أدلة أقدمها 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 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 15 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 وثيقة 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 باقتطاع ضريبة الدخل و ذلك بالنسبة عني و/أو بالنسبة عن المستفيد/ المستفيدين و الناتجة عن الأرباح المحققة على الاستثمارات التابعة لإستراتيجيات الإستثمار المختارة. و أيضاً إقتطاع ضريبة الدخل على أية دفعات متوجهة لمالك الوثيقة و/ أو لأي من المستفيد/ المستفيدين بموجب هذه الوثيقة.
- (ا) 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 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 account.
- (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 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 professional 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.

(ي) بموجب هذا الطلب فأني 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 و/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 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 و معالجة ومشاركة 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 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 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 بأفراد 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، حالاتي الطبية و العلاجات و الوصفات الطبية، والأعمال التجارية، تفاصيل معلومات الاتصال، أرقام التعريف الخاصة بالضريبة و/أو الأرقام 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: (١) كان مالك الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (٢) كان مالك الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً اسمه 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. **الاشعارات:** أوافق على أن تقوم متلايف بإرسال الإخطارات والإشعارات إلكترونياً متضمنة على سبيل المثال لا الحصر: خدمة الرسائل النصية القصيرة على الهاتف. ("الاشعارات") (الخلوي، البريد الإلكتروني وأية وسائل أو طرق تواصل إلكتروني كما و أوافق على أن أتلقى الاشعارات وأتفهم 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. واتعهد 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 استقبال أو عدم استقبال الاشعارات. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامي للاشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية أخطاء فنية

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 takes every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of my information. I consent to provide my E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

(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.

من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بي و توقيع هذا الطلب، فإنني أوافق على استلام وثيقة التأمين، شهادة التأمين و/أو أي مستندات أخرى وأن أقوم بإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بوثيقة التأمين ("المستندات") إلى متلايف عن طريق ("البريد الإلكتروني"). أنا أتفهم وعلى دراية كاملة بأنه لدي 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 إلكترونيًا الإلكتروني الخاص بي أو توقفني عن استلام المستندات. أنا أوافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسله أو المستلمه 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 استلامي 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، 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 بوثيقة مكتوبة أخرى. من خلال التوقيع على هذا أيضاً، أنا أقر 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 والأجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أي استبيانات أو تعديلات هي كاملة وحقيقية وملزمة لجميع الأطراف المعنيين في الوثيقة هنا والمقدم في هذا الطلب لاجلهم. أيضاً، أنا أفهم أن أية بيانات أو إجابات غير صحيحة، أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية، قد يبطل العقد

SIGNATURES

التوقيع

توقيع الشخص المطلوب التأمين عليه (بصفته الشخصية وبالنيابة عن أفراد أسرته بموجب قانون العمر المقترح للتأمين) Proposed Insured's Signature (In his own capacity and on behalf of his family members under legal age proposed for insurance)	توقيع الزوج والمعال (فوق السن القانوني المقترح للتأمين) Signature of Spouse and Dependent(s) (above legal age proposed for insurance)										
توقيع مالك الوثيقة (إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه) Policy Owner's Signature (if other than the Proposed Insured)											
بتاريخ Dated at	مدينة City	بلد Country	في on this	D	D	اليوم day of	M	M	٢٠	Y	Y
الشاهد Witness	الإسم الكامل بخط يده / يدها Full Name in his / her own handwriting	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	X	التوقيع Signature

I have carefully reviewed this application and confirm that it has my recommendation for consideration by the Company.

قد راجعت بعناية هذا الطلب وأؤكد أنه يحتوي على توصية للنظر فيها من قبل الشركة.

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.

American Life Insurance Company – Registered in the U.A.E. and licensed by the UAE Central Bank-The Insurance Sector (Registration No. 34) and Licensed by Department of Economic Development...

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 وتنبوأ 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

أمريكان لايف انشورنس كومباني - مسجلة في الإمارات العربية المتحدة. ومرخصة من قبل البنك المركزي الإماراتي- قطاع التأمين (تسجيل رقم ٣٤) ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية

تفويض بدفع أقساط التأمين إلى شركة متلايف من خلال بطاقة الائتمان



Authorization for payment of insurance premiums to MetLife through credit card

Application No.

Credit card payment is only available for visa credit or master credit cards. It can only be used by Policy Owners using their own credit cards. Please complete the personal details section and the credit card payment section below.

a. Declarations:

- I hereby agree to effect the payment of premiums in relation to the Insurance Policies with MetLife ("the Policy") and authorize MetLife to debit my credit card whose details with the amount of premiums are shown below.
- I also hereby authorize MetLife to continue debiting my credit card with the amounts of the subsequent premiums as applicable for the duration of the Policy, subject to the terms and conditions of the Policy.
- I understand and agree that coverage under the Policy will begin and continue only after debiting my credit card with the amount of the due premium as applicable.
- I understand and agree that in the event my credit card expires or is not renewed for any reason, or in case of unavailability of sufficient funds, whatsoever, I shall effect the payment of all due premiums related to the Policy through any of the mode of payments prevailing and made available by MetLife. Failing to pay the due premiums on time, shall lead to lapsation of my policy, subject to the terms and condition of the policy.
- I understand and agree that in the event of renewal of my credit card, I shall present a new authorization form to effect the payment of my subsequent premiums for the duration of the policy, and shall continue to be valid unless cancelled by myself in writing.
- I hereby understand that MetLife will debit my bank card for the applicable premium in accordance with the policy currency. I am aware that the card issuer bank may apply rates and charges as per the bank's own currency conversion rates.

b. Personal details (Policy Owner)

رقم الوثيقة Policy no.

الإسم الكامل لمالك الوثيقة
Policy Owner Full Name

c. Authorization for credit card payment

I, the undersigned, based on the declarations stated above hereby provide my consent and confirm my authorization to American Life Insurance Company (MetLife), to debit my credit card with the amount as detailed below for the above mentioned application:

رقم بطاقة الائتمان

Credit card number

إسم جهة إصدار البطاقة

Name of card issuer bank

الإسم الكامل

(كما هو مبين على البطاقة)

(as quoted on the card)

d. طريقة الدفع

d. Mode of Payment

العملة Policy currency	المبلغ بالأرقام Amount in figures	المبلغ بالحروف Amount in words	تاريخ البدء Starting date	التكرار Frequency	عدد الأقساط Number of installments
<input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> AED					

I hereby declare to American Life Insurance Company (MetLife) after entering my credit card data and numbers on its internal systems to obliterate/mask some of the card numbers described above of this authorization in order to protect the data without the need for me to sign on this authorization after the obliteration and without detracting or affecting the legal power of any delegation has been given to the company under this authorization.

I hereby agree and confirm that this authorization form in favor of American Life Insurance Company (MetLife) will remain in force until such time I cancel or amend in writing.

I hereby understand that MetLife will only process the application after the authorization of my credit card payment is granted.

I understand that this form shall not be treated as a payment receipt.

I understand and agree that it is my responsibility to obtain and retain a copy of this authorization and any premium payment receipt for future reference.

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.

تتوافر خاصية الدفع عن طريق بطاقة الائتمان فقط لبطاقات فيزا كارد أو ماستر كارد. ويمكن أن تستخدم فقط من قبل مالكي الوثيقة الذين يستخدمون بطاقات الائتمان. يرجى تعبئة قسم البيانات الشخصية وقسم الدفع ببطاقة الائتمان أدناه.

أ. الإقرارات

- أوافق بموجب دفع تنفيذ دفع الأقساط فيما يتعلق بوثائق التأمين لدى شركة متلايف ("الوثيقة") وتفويض متلايف الخصم من بطاقة الائتمان الخاصة بي بمبلغ الأقساط المبين أدناه.
- أفوض بموجب شركة متلايف لاستمرار في الخصم من بطاقة الائتمان الخاصة بي بمبلغ الأقساط اللاحقة حسبما ينطبق طوال مدة الوثيقة مع مراعاة عدم الإخلال بشروط وأحكام الوثيقة.
- أفهم وأوافق على أن التغطية بموجب الوثيقة سوف تبدأ وتستمر فقط بعد خصم مبلغ القسط المستحق من بطاقتي الائتمانية حسبما ينطبق.
- أفهم وأوافق على أنه في حال انتهت بطاقتي الائتمانية أو لم يتم تجديدها لأي سبب أو في حالة عدم توافر الأموال الكافية، أيا كان، التزم بتنفيذ دفعات كافة الأقساط المستحقة التي تتعلق بالوثيقة
- خلال أي من وسائل الدفع المنتشرة والمتوافرة لدى شركة متلايف. وفي حالة عدم الالتزام بدفع الأقساط المستحقة في الموعد المحدد، يؤدي ذلك إلى إلغاء وثيقتي مع مراعاة عدم الإخلال بالشروط والأحكام الواردة في الوثيقة.
- أفهم وأوافق على أنه في حالة تجديد بطاقتي الائتمانية، التزم بتقديم نموذج تفويض جديد لتنفيذ دفع أقساطي اللاحقة طوال مدة الوثيقة ويستمر سريان ذلك ما لم يتم إلغاؤه خطياً بواسطتي.
- أنا أفهم بموجب هذا أن متلايف ستخصم من بطاقتي المصرفية القسط المناسب وفقاً لعملة الوثيقة. أنا على علم بأنه من الممكن للبنك الذي أصدر البطاقة تطبيق الأسعار والرسوم وفقاً لمعدلات تحويل العملات الخاصة بالبنك.

ب. البيانات الشخصية (مالك الوثيقة)

ج. تفويض الدفع ببطاقة الائتمان

أنا، الموقع أدناه بناءً على الإقرارات المبينة أعلاه، أقدم موافقتي وأؤكد على تفويض الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) بالخصم من بطاقتي الائتمانية للمبالغ المبينة تفصيلاً أدناه للطلب المذكور أعلاه.

تاريخ انتهاء الصلاحية
Credit card expiry date

M M Y Y

Bank name

أقر بهذا للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) بعد أن أدخلت بيانات وأرقام بطاقة الائتمان خاصتي على أنظمتها الداخلية بأن تخفي/تحجب بعض أرقام البطاقة المذكورة أعلاه في هذا التفويض لحماية البيانات دون الحاجة إلى للتوقيع على هذا التفويض بعد الإخفاء/الحجب ودون التقليل من/أو التأثير على القوة القانونية لأي تفويض قد أعطي للشركة.

أوافق بموجب دفع وأؤكد على أن نموذج التفويض المحرر لصالح الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة يظل سارياً حتى أغيره أو أعدلته خطياً.

أفهم بموجب دفع أن شركة متلايف سوف تقوم فقط بتنفيذ الطلب بعد منح تفويض بطاقتي الائتمانية. أفهم أن، هذا النموذج لا يتم التعامل معه على أنه إيصال دفع.

أفهم وأوافق على أنني مسؤول عن الحصول والاحتفاظ بنسخه من هذا التفويض وأي إيصال دفع قسط للرجوع إليه في المستقبل.

تحويل البيانات: أنا أقدم بهذا موافقتي الصريحة لتحويل معالجة ومشاركة بياناتي الشخصية إلى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقرر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، شركاتها الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركائها في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات حيث تعتمد 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 للحفاظ على وضمن 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 بأفراد عائلتي سواء تم الناشر عليها بأنها "شخصية" أم لا، والتي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، حالاتي الطبية والعلاجات والوصفات الطبية والأعمال التجارية، تفاصيل معلومات الاتصال، أرقام التعريف الخاصة بالضريبة و/أو الأرقام الخاصة بالتأمينات الاجتماعية، وأرصدة الحسابات / حركة الحساب، و/أو أي معاملات قمت أنا بها مع متلايف

Full name of the Owner/Cardholder's

X

التوقيع Signature

Date التاريخ

Telephone

Country Code

Area Code

E-mail

I have verified the original credit/debit card produced by the Policy Owner and confirm that the information contained in the above credit/debit card authorization is in agreement with his/her credit/debit card. I also confirm that the Policy Owner or Payor (if an already approved Third Party Payor) and the credit/debit card holder are the same and also agreed the signature as per above authorization with the signature as per credit/debit card.

لقد تحققت من بطاقة الائتمان الأصلية الخاصة بمالك الوثيقة وأؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه في التفويض بالخصم تتفق مع بطاقة الائتمان الخاصة به/بها كما أؤكد أيضاً أن مالك الوثيقة أو دافعها إذا كانت هناك موافقة على أن يكون الطرف الثالث دافعاً معتمداً لدى الشركة (وحامل بطاقة الائتمان هما نفس الشخص وأؤكد أيضاً أن التوقيع على التفويض بالخصم أعلاه مطابق للتوقيع على بطاقة الائتمان نفسها).

Name of Agent الوكيل

X

التوقيع Signature

Date التاريخ

أميركان لايف إنشورنس كومباني هي شركة تابعة لمتلايف انك

American Life Insurance Company is a MetLife, Inc. Company

T 6293