

نموذج بيانات الشخص المخول بالدفع Payor Details Form

(For Individuals) (للأفراد)



Instructions: Use this form to authorize a Third Party to pay premium(s) on your behalf. Please complete this form in its entirety to avoid any delays in processing. If you need assistance in completing this form, please contact customer service representatives on any of the below mentioned numbers.

تعليمات: استخدم هذا النموذج لتفويض طرف ثالث لدفع قسط (أقساط) نيابة عنك. يرجى إكمال هذا النموذج بالكامل لتجنب أي تأخير في المعالجة. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء هذا النموذج، فيرجى الاتصال بممثلي خدمة العملاء على أي من الأرقام المذكورة أدناه.

Requirements: (a) Payor passport copy with residence visa page and (b) Copy of Payor valid government ID which is locally issued

المتطلبات: (أ) نسخة من جواز السفر ساري المفعول و تأشيرة إقامة سارية للشخص المخول بالدفع و (ب) نسخة من بطاقة الهوية الحكومية السارية والصادرة محليا للشخص المخول بالدفع.

To: American Life Insurance Company (MetLife)

إلى: أمريكيان لايف انشورنس كومباني (متلايف)

أفوض بموجبه
Full Name of Policy Owner الاسم الكامل لمالك الوثيقة

بالدفع نيابة عني الأقساط المستحقة بتاريخ
Full Name of Third Party Payor الاسم الكامل للشخص المخول بالدفع
to pay on my behalf the premium due

on مقابل
for Policy Number(s) رقم (أرقام) الوثيقة/الوثائق

المبلغ الواجب دفعه / المبلغ المدفوع هو
The amount to be paid/paid amount is Amount in words المبلغ بالكلمات

بال Currency عملة من خلال حوالة مصرفية بطاقة ائتمان شيك رقم الشيك
in made through Wire Transfer Credit Card Cheque Cheque number رقم الشيك

Details of payment

تفاصيل الدفع

If paying by Credit Card, kindly provide the required details of: Bank Name, Bank branch and address, Country, Account holder's name.
If paying by any other method, kindly provide all the required details mentioned below.

في حالة الدفع عن طريق بطاقة الإئتمان يرجى تقديم تفاصيل: اسم البنك، فرع البنك، العنوان، البلد، اسم صاحب الحساب. في حالة الدفع عن طريق أي وسيلة أخرى يرجى تقديم كل التفاصيل أدناه:

Bank Name إسم البنك
Bank branch and address فرع البنك والعنوان
Country الدولة
Account holder's Name إسم صاحب الحساب
Swift Code رقم السويقت
Account number رقم الحساب
IBAN number رقم الحساب المصرفي الدولي

Notes:
• Please note that American Life Insurance Company (MetLife) reserves the right to accept / reject payment as per company guidelines.
• The payment can be made through crossed cheque in favor of American Life Insurance Company; however the payment shall not be acceptable to MetLife and shall not be deemed to be received unless it is duly honored/settled.
• In all cases, a single payment from a Third Party cannot exceed the specified threshold per policy. Please contact your local MetLife representative /office for guidance.

ملاحظات:
• يرجى ملاحظة أن أمريكيان لايف انشورنس كومباني (متلايف) تحتفظ بالحق في قبول / رفض الدفع وفقاً لإرشادات الشركة.
• يمكن السداد من خلال شيك مسطر لأمريكان لايف انشورنس كومباني ومع ذلك فإن الدفعة لا تكون مقبولة لدى أمريكيان لايف انشورنس كومباني ولن يتم اعتبارها مستلمة ما لم يتم تسويتها حسب الأصول.
• في جميع الحالات، لا يمكن أن تتجاوز دفعة واحدة من طرف ثالث الحد المعين لكل وثيقة. يرجى الاتصال بممثل / مكتب متلايف المحلي للتوجيه.

Payor Details

تفاصيل الشخص المخول بالدفع

الإسم الأول الإسم الوالد الشهرة
First Name Middle Name Last Name
الجنس ذكر أنثى الحالة الاجتماعية أعزب متزوج تاريخ الميلاد
Gender Male Female Marital Status Single Married Date of Birth
مدينة الولادة دولة الولادة
City of Birth Country of Birth
رقم الهوية تاريخ الانتهاء
ID No. Expiry Date
رقم جواز السفر تاريخ الانتهاء
Passport No. Expiry Date

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

صلة القرى بمالك الوثيقة
Relationship to Policy
Owner

يرجى ذكر سبب قيام الطرف الثالث بدفع قسط التأمين

Please state the reason why the third party is making the premium payment

Occupation

الحالة الوظيفية
Employment Status

موظف
Employee

صاحب العمل
Self-employed

ربة منزل
Homemaker

اآرى
Others

يرجى التحديد
Please specify

الموقع الوظيفي
Position / Title

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

Income

Average **Earned Annual Income** in the past 3 years in USD.

معدل الدخل السنوي المكتسب خلال السنوات الثلاث الماضية بالدولار الأمريكي.

السنة الحالية
Current Year

السنة الماضية
Last Year

السنة ما قبل الماضية
The Year Before

Other sources of income "if any"
"مصادر الدخل الأآرى" إن وجد

الدخل السنوي
Annual income

Personal Banking Details

إسم البنك
Name of Bank

العنوان
Address

Current Business Address

الدولة
Country

المدينة/البلدة
City / Town

ص. ب.
P.O. Box

المنطقة/الشارع
Area / Street

المبنى
Building

الهاتف
Telephone

رمز الدولة
Country Code

رمز المنطقة
Area Code

البريد الإلكتروني
E-mail

Current Residence Address

الدولة
Country

المدينة/البلدة
City / Town

ص. ب.
P.O. Box

المنطقة/الشارع
Area / Street

المبنى
Building

الهاتف
Telephone

رمز الدولة
Country Code

رمز المنطقة
Area Code

الجوال
Mobile

رمز الدولة
Country Code

رمز المنطقة
Area Code

Signature

التوقيع

وقع في
Signed at

المدينة
City

الدولة
Country

DD

MM

20 YY

اليوم Day Month الشهر Year السنة

الاسم الكامل لمالك الوثيقة
Full name of Policy Owner

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

التوقيع
Signature

X

الاسم الكامل للشخص المخول بالدفع
Full name of Third Party Payor

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

التوقيع
Signature

X

الاسم الكامل للشاهد
Full name of Witness

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

التوقيع
Signature

X

المسمى الوظيفي للشاهد
Designation of witness

Need Help?

تحتاج مساعدة؟

الدولة Country	الإمارات العربية المتحدة UAE	الكويت Kuwait	عمان Oman	البحرين Bahrain	قطر Qatar	من أي دولة أخرى Any other Country
الهاتف Call us	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣ 800 - MetLife (800 - 6385433)	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣ +965 2 208 9333	٨٠٠ ٧٠٧٠٨ 800 70708	٨٠٠ ٠٨٠٣٣ 800 08033	٨٠٠ ٩٧١١ 800 9711	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥ +971 4 415 4555
البريد Mail us	ص.ب. ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة P.O. Box 371916, Dubai - U.A.E.					
البريد الإلكتروني E-mail us	PolicyChange-Gulf@metlife.com					

American Life Insurance Company - Registered under U.A.E.
Federal Law No. (6) of 2007
Registration No. 34 in the Insurance Authority and Licensed by
Department of Economic Development - License No. 205329
MetLife VAT ID - 100052968300003

أمريكان لايف انشورنس كومباني - مسجلة في دولة الإمارات العربية المتحدة بموجب القانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧، تحت رقم تسجيل ٣٤ في هيئة التأمين ومرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية برخصة رقم ٢٠٥٣٢٩

معرّف متلايف للضريبة المضافة: 100052968300003

American Life Insurance Company is a MetLife, Inc. Company

2 of 2

أمريكان لايف انشورنس كومباني هي إحدى الشركات التابعة لمتلايف انك
PDI-AE-0921-MO