

Policy Amendment

Request Form



Gulf Operations

P.O. Box 371916, Dubai, United Arab Emirates

Tel +971 4 415 4555, Fax + 971 4 415 4445

CustomerServices.Gulf@metlife.com

Instructions: Use this form to amend beneficiary(ies) details, Mode of payment, Personal name, Policy ownership, Supplementary contract, Insurance coverage, Non-forfeiture option or for any special request. If you need any assistance in completing this form, please contact our customer service representatives

Requirements: (1) Policy change form; (2a) Valid passport copy or copy of valid I.D. and valid residency copy (if applicable) in case of "change of beneficiary" or "change of ownership" (2b) Supporting documents in case of "change of name"

Note:

- 30 days to submit the original request from the signature date.

Policy details

Policy No.(s)

Policy owner's details

First Name Middle Name Last Name

Mobile No. Country Code Area Code E-mail

Address Line 1 P.O. Box City

Address Line 2 Country

Please list all nationalities: 1) 2) 3)

Residency*

1) 2) 3)

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

The undersigned owner / Insured holding the above Policy(ies) number hereby requests American Life Insurance Company (MetLife) to effect the change(s) ticked below by any means acceptable to the company.

Please tick & complete the fields you wish to amend

Change of beneficiary (IES)

Full Name of New Beneficiary	Relationship	Date of Birth	Nationality	Residency	Address	Percentage

The Insured Reserves Not reserves full right and authority to revoke this designation and to designate a new beneficiary subject to the provisions of said policy.

Change of mode of payment

Annual Semi Annual Quarterly Monthly **As of premium due on:**

Change of name

From (Full Name) To (Full Name)

Reason for change Marriage Other:

Supporting documents attached

Old signature New signature

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable) X Signature

Policy owner's signature X Signature

Supplementary Contracts

Addition of

Cancellation of

Change of ownership (Please Enter Details Of New Owner)

First Name of New Owner Middle Name Last Name

Identification

I.D. Type I.D. No Expiry date

Gender Male Female Marital Status Single Married Divorced / Separated Widowed

Date of birth Age Last Birthday

City of birth Country of Birth

Please list all nationalities: 1) 2) 3)

Residency*

1) 2) 3)

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

Country City / Town P.O. Box

Area / Street Building Flat/Villa No.

Telephone - - Mobile - -

Reason

Supporting Documents Required: Passport Copy Residency Visa

Signature of new owner

Signature of old owner

I hereby declare that ownership of all benefits, interest and rights under this policy will be transferred to the new owner without any exception, limitation or reservation whatsoever.

Change of insurance coverage

Increase Reduce

Current coverage

New coverage

Change of non-forfeiture option (NFO)

RPU* ETI** (applicable only if insured is not a juvenile) APL****

*RPU = Reduced Paid Up, **ETI = Extended Term Insurance, ****APL = Automatic Premium Loan.

Special request

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable) Signature

Policy owner's signature Signature

Declarations

- (a) I understand that coverage and / or payment under the insurance contract will NOT be made if: (i) the policyholder, insured, or person entitled to receive such payment is residing in a sanctioned country; or (ii) the policyholder, the insured or person entitled to receive such payment is listed on the Office of Foreign Assets Control (OFAC) Specially Designated Nationals (SDN) list, the OFAC Sectorial Sanctions Identifications list or any international or local sanctions list; or (iii) the payment is claimed for services received in any sanctioned country.

I also understand that the company shall not be liable to pay any claim or provide any coverage or Benefit to the extent that the provision of such coverage or benefit would expose the company to any sanction under any applicable laws.

- (b) **Data Transfer:** I hereby give MetLife unambiguous consent, to process, share, and transfer My personal data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to your Headquarters in the USA, MetLife branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where MetLife believe that the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of the Policy; (ii) assisting MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife customers experience; (iv) for the compliance with the applicable laws and regulations; or (v) for the compliance with other law enforcement agencies for international sanctions and other regulations applicable to MetLife. MetLife will ensure that such recipients will have sufficient confidentiality obligations to procure the confidentiality of the personal information and provided that MetLife complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data.

For clarity, personal data means any data/information related to Insured and/or Insured's family which might include any health, identity and financial information or contact details, disclosed to MetLife at any time.

- (c) I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices via short message service "SMS" and I accept receiving SMS and understand that MetLife makes no warranty that the SMS 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 SMS error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving SMS.

U.S.A. Internal Revenue Service (IRS) declaration:

In submitting and in signing this form, the applicant(s) certify(ies) that the Insured, Joint Insured, Applicant, and any designated Beneficiary(ies):

(select the answer that applies)

 Are **Are Not**

United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes (1)(2)

The Applicant(s) agree(s) to inform the Company/their respective bank 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. Units may not be held or transferred to investors who are U.S. federal income tax purposes.

Please note that a false statement or misrepresentation of tax status by a U.S. person could lead to penalties under U.S. law.

If you are a United States person, fill in the details below:

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

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

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

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) declaration:

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

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

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

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

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

Irrevocable beneficiary's
signature (If Applicable)

Signature

3 of 5

Policy owner's signature

Signature

Please complete the following table indicating (i) where the account holder is tax resident and (ii) the account holder's TIN for each country/ jurisdiction indicated.

Note: If the account holder is a tax resident in more than three countries/jurisdictions, please use a separate sheet

If a TIN is unavailable please provide the appropriate reason A, B or C where indicated below:

Reason A

The country/jurisdiction where the account holder is resident does not issue TINs to its residents

Reason B

The account holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number. Please explain why you are unable to provide the required information

Reason C

No TIN is required. (Note. Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issued by such jurisdiction)

Country/Jurisdiction of tax residence	TIN Tax Identification number	If no TIN available enter Reason A, B or C	If Reason B Selected, please explain
1.			
2.			
3.			

Please complete below 4 questions if you are a tax resident in one of below countries:

Country/Jurisdiction of tax residence					
1. Antigua and Barbuda	5. Cyprus	9. Saint Kitts and Nevis	13. Vanuatu		
2. Bahamas	6. Dominica	10. Saint Lucia	14. Panama		
3. Bahrain	7. Grenada	11. Seychelles	15. United Arab Emirates		
4. Barbados	8. Malta	12. Turks and Caicos Islands			

Questions:

- Did you obtain residence rights under a Citizenship by Investment (CBI)/Residence by Investment (RBI) Scheme?* YES NO
If 'Yes' write type of Scheme below.....
- Do you hold residence rights in any other country?* If 'Yes' Please mention country name below YES NO
- Have you spent more than 90 days in any other country (ies) during the previous year?* If "Yes" Please mention the country name below..... YES NO
- In which jurisdiction(s) have you filed personal income tax returns during the previous year?*
Please add country name. If you didn't file income tax returns in any country please mention not applicable.

*Mandatory to answer.

I understand that the information supplied by me is covered by the full provisions of the terms and conditions governing the account holder's relationship with MetLife setting out how MetLife may use and share the information supplied by me.

I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the account holder and any reportable account(s) may be reported to the tax authorities of the country/jurisdiction in which this account(s) is/are maintained and exchanged with tax authorities of another country/jurisdiction or countries/jurisdictions in which the account holder may be tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

I certify that I am the account holder (or am authorized to sign for the account holder) of all the account(s) to which this form relates.

I declare that all statements made in this declaration are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.

I undertake to both advise **MetLife** of any change in circumstances which affects the tax residency status of the individual identified in the application or in this form or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide **MetLife** with a suitably updated Self-Certification and Declaration, within 90 days of such change in circumstances.

Irrevocable beneficiary's signature (If Applicable) Signature

Policy owner's signature Signature

E-mail Declaration:

1- Notifications: I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices electronically (including but not limited to short message services "SMS", emails and any other electronic means or methods of communications ("notifications")). I accept receiving notifications and understand that MetLife makes no warranty that the notifications will be uninterrupted or error free and any such error or interruption shall not be deemed or treated in any way whatsoever to create any liability on MetLife and I acknowledge that I shall not file any complaint or claim against MetLife for any notifications error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving the notifications. MetLife is not responsible for non-receipt of notifications due to invalidity of the addresses or other technical problems.

2- Sending and receiving the documents electronically: By providing my e-mail address and signing this application I agree to receive from MetLife the policy document, certificate and / or any other documents and to send to MetLife all types of documents and information related to the policy ("Documents") via electronic mail ("E-mail"). I am fully aware that having chosen this electronic means of sending or receiving information & Documents, it is my responsibility to ensure that the E-mail address I have provided us in this application is correct at all times, and that it my responsibility to inform MetLife immediately should my E-mail address change or should I cease to receive the Documents. I agree that all information & documents sent to or received from my E-mail address as stated in this application will be considered valid and originated from me or sent to me personally. MetLife is not responsible for non-receipt of E-mails due to invalid E-mail addresses or other technical problems related to my E-mail service.

I acknowledge that if I opt to change my E-mail address with MetLife, or if I would like to receive a paper copy of the Documents, or if I believe that I have not received my Documents, I will notify MetLife immediately.

By signing this application, I understand and agree that if I wish to discontinue receiving documents electronically it is my obligation to revoke this authorization by another written document. By signing this application also, I declare that I have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on www.metlife.com/about/privacy 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.

Signatures

Signed at 20

City Country Day Month Year

Full Name of Policy Owner Full Name in his/her own handwriting Signature

Full Name of Irrevocable Beneficiary or Assignee Full Name in his/her own handwriting Signature

Witness name and signature is not necessary if the customer is submitting directly to MetLife

Full Name of Witness / Agent Full Name in his/her own handwriting Signature

Agent Code

Need help?

How to contact us							How to submit the form
Country	UAE	Kuwait	Oman	Bahrain	Qatar	Any other Country	
Call us	800 - MetLife (800 - 6385433)	+965 2 208 9333	800 70708	800 08033	800 9711	+971 4 415 4555	Please send original documents to: Customer Care - MetLife P.O. Box 371916 Dubai – U.A.E.
Mail us	P.O. Box 371916, Dubai – U.A.E.						
E-mail us	CustomerServices.Gulf@metlife.com						
Website	www.metlife-gulf.com						

العمليات التشغيلية في الخليج

ص ب ٣٧١٩١٦، دبي، الإمارات العربية المتحدة

هاتف: ٤٥٥٥ ٤١٥ ٩٧١+، فاكس: ٤٤٤٥ ٤١٥ ٩٧١+

CustomerServices.Gulf@metlife.com

تعليمات: استخدم هذا النموذج لتعديل بيانات المستفيدين ، نمط الدفع، الاسم الشخصي، ملكية الوثيقة، العقود التكميلية، التغطية التأمينية، اختيار عدم المصادرة أو لأي طلب خاص . يرجى ملء هذا النموذج بالكامل لتجنب أي تأخير في المعالجة. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في ملء هذا النموذج، يرجى الاتصال بممثلي خدمة العملاء لدينا.

المتطلبات: (١) نموذج تعديل الوثيقة؛ (٢) صورة من بطاقة هوية صالحة أو صورة من جواز سفر وتأشيرة (في حالة تغيير المستفيد أو تغيير ملكية الوثيقة اذا ينطبق) (٣) مستندات داعمة في حالة تغيير الاسم

ملاحظة:

- يُقدم نموذج الطلب الأصلي خلال ٣٠ يومًا من تاريخ التوقيع.

تفاصيل الوثيقة

رقم الوثيقة (الوثائق)

تفاصيل صاحب الوثيقة

الاسم الأول الاسم الأوسط اسم العائلة

رقم الجوال - البلد - البلد المنطقة - البريد الإلكتروني

سطر العنوان ١ ص.ب المدينة

سطر العنوان ٢ البلد

يرجى ذكر جميع الجنسيات: (١) (٢) (٣)

الإقامة*

(١) (٢) (٣)

*"الإقامة" هي أي مكان قد يُفرض عليك فيه تقديم إقرارات ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية القضائية.

يطلب صاحب الوثيقة / المؤمن عليه الموقع أدناه والذي يحمل رقم الوثيقة (الوثائق) الواردة أعلاه بموجبه من الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) تطبيق التغيير (التغييرات) المشار إليه أدناه بأي وسيلة مقبولة لدى الشركة.

يرجى وضع علامة وإكمال الحقول التي ترغب في تعديلها

تغيير المستفيد (المستفيدين)

النسبة	العنوان	الإقامة	الجنسية	تاريخ الميلاد	العلاقة	الاسم الكامل للمستفيد الجديد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

المؤمن عليه يحتفظ لا يحتفظ بالحق الكامل والسلطة الكاملة لإلغاء هذا التعيين وتعيين مستفيد جديد مع مراعاة أحكام الوثيقة المذكورة.

تغيير نمط الدفع

سني نصف سنوي ربع سنوي شهري بداية من القسط المستحق بتاريخ: يوم شهر شهر سنة سنة سنة سنة

تغيير الاسم

من (الاسم الكامل) إلى (الاسم الكامل)

سبب التغيير الزواج أخرى:

الوثائق الداعمة المرفقة

توقيع قديم توقيع جديد

العقود التكميلية

<input type="text"/>	إضافة <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	إلغاء <input type="checkbox"/>

تغيير الملكية (يرجى إدخال تفاصيل المالك الجديد)

<input type="text"/>	الاسم الأول للمالك الجديد	<input type="text"/>	الاسم الأوسط	<input type="text"/>	اسم العائلة	<input type="text"/>
تعريف الهوية						
<input type="text"/>	نوع الهوية الشخصي	<input type="text"/>	رقم الهوية الشخصية	<input type="text"/>	تاريخ انتهاء الصلاحية	<input type="text"/>
<input type="text"/>	يوم	<input type="text"/>	شهر	<input type="text"/>	سنة	<input type="text"/>
<input type="text"/>	يوم	<input type="text"/>	شهر	<input type="text"/>	سنة	<input type="text"/>
<input type="text"/>	النوع	<input type="checkbox"/>	ذكر	<input type="checkbox"/>	أنثى	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية	<input type="checkbox"/>	أعزب	<input type="checkbox"/>	متزوج	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	مطلق/منفصل	<input type="checkbox"/>	أرمل			
<input type="text"/>	تاريخ الميلاد	<input type="text"/>	يوم	<input type="text"/>	شهر	<input type="text"/>
<input type="text"/>	العمر في آخر عيد ميلاد	<input type="text"/>	سنة	<input type="text"/>	سنة	<input type="text"/>
<input type="text"/>	مدينة الميلاد	<input type="text"/>	بلد الميلاد	<input type="text"/>		

يرجى ذكر جميع الجنسيات: (١) (٢) (٣)

الإقامة*

(١) (٢) (٣)

*«الإقامة» هي أي مكان قد يُفرض عليك فيه تقديم إقرارات ضريبة الدخل كمقيم في تلك الولاية القضائية.

<input type="text"/>	البلد	<input type="text"/>	المدينة / القرية	<input type="text"/>	ص ب	<input type="text"/>
<input type="text"/>	المنطقة / الشارع	<input type="text"/>	المبنى	<input type="text"/>	رقم الشقة / الفيلا.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	البلد	<input type="text"/>	البلد المنطقه -	<input type="text"/>	الجوال	<input type="text"/>
<input type="text"/>	البلد	<input type="text"/>	البلد المنطقه -	<input type="text"/>	البلد المنطقه -	<input type="text"/>
<input type="text"/>	السبب					

الوثائق الداعمة المطلوبة: صورة جواز السفر تأشيرة الإقامة

<input type="text"/>	توقيع المالك الجديد	<input type="text"/>	توقيع المالك القديم
----------------------	---------------------	----------------------	---------------------

أقر بموجبه أنه سيتم نقل ملكية جميع المزايا والفوائد والحقوق الممنوحة بموجب هذه الوثيقة إلى المالك الجديد دون أي استثناء أو تقييد أو تحفظ على الإطلاق

تغيير التغطية التأمينية

<input type="checkbox"/>	زيادة	<input type="checkbox"/>	انخفاض
<input type="text"/>	التغطية الحالية	<input type="text"/>	التغطية الجديدة

تغيير خيار عدم المصادرة (NFO)

RPU* ETI** (ينطبق فقط إذا لم يكن المؤمن عليه قاصرًا) APL***

*RPU = الدفع المخفض، **ETI = تأمين طويل الأجل، ***APL = قرض القسط التلقائي.

طلب خاص

<input type="text"/>

(أ) أدرك أن التغطية / أو الدفع بموجب عقد التأمين لن يتم في الحالات التالية: (١) إذا كان حامل وثيقة التأمين أو المؤمن عليه أو الشخص الذي يحق له الحصول على هذه المدفوعات يقيم في بلد يخضع لعقوبة؛ أو (٢) إذا كان حامل وثيقة التأمين أو المؤمن عليه أو الشخص الذي يحق له الحصول على هذه المدفوعات مدرج في قائمة مكتب مراقبة الأصول الأجنبية (OFAC) ضمن المواطنين المحظورين والمحددن بشكل خاص (SDN) أو قائمة تحديد العقوبات القطاعية لدى مكتب مراقبة الأصول الأجنبية (OFAC) أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى؛ أو (٣) إذا كانت المطالبة بالدفع تتعلق بخدمات تم الحصول عليها في أي بلد خاضع للعقوبة.

أدرك كذلك أن الشركة لن تكون مسؤولة عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي تغطية أو ميزة تأمينية إلى الحد الذي يؤدي فيه تقديم هذه التغطية أو الميزة التأمينية إلى تعرض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين معمول بها.

(ب) إقرار نقل البيانات: أقدم لتلايف بموجب هذه الموافقة الواضحة الحق لمعالجة و مشاركة بياناتي الشخصية ونقلها إلى أي مستلم سواء داخل أو خارج البلد، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، مقرمك الرئيسي في الولايات المتحدة الأمريكية، وفروعها، والشركات التابعة لها، وشركات إعادة التأمين، وشركاء أعمالها، والمستشارون المحترفون و / أو وسطاء التأمين و / أو مقدمي الخدمات حيث تعتقد شركة متلايف أن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية ضرورية من أجل: (١) أداء هذه الوثيقة؛ (٢) مساعدة متلايف في تطوير أعمالها ومنتجاتها؛ (٣) تحسين تجربة عملاء متلايف؛ (٤) الامتثال للقوانين واللوائح المعمول بها؛ أو (٥) للامتثال لوكالات أخرى التابعة لتنفيذ قوانين العقوبات الدولية واللوائح الأخرى السارية على متلايف. تضمن متلايف أن يخضع هؤلاء المستلمين لالتزامات سرية كافية من أجل ضمان سرية المعلومات الشخصية، شرط أن تلتزم متلايف بالقوانين المتعلقة بمعالجة هذه البيانات الشخصية ومشاركتها ونقلها.

من أجل التوضيح: تعني البيانات الشخصية أي معلومات متعلقة بالمؤمن عليه و/ أو بأفراد عائلته والتي قد تتضمن معلومات عن أحوال صحية، أحوال الهوية الذاتية، و معلومات مالية أو تفاصيل الاتصال التي تم كشف عنها لمتلايف

أخول وأصرح بموجب لمتلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات عبر خدمة الرسائل النصية القصيرة "SMS" وأوافق على تلقي الرسائل القصيرة وأدرك أن متلايف لا تقدم أي ضمانات بأن الرسائل النصية القصيرة لن تتوقف أو تخلو من الأخطاء، ولن يتم اعتبار أو أو معاملة أي خطأ أو توقف من هذا القبيل بأي شكل من الأشكال كمصدر بشكل مسؤولية على متلايف، وأقر أنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد متلايف عن أي خطأ في الرسائل القصيرة أو توقف لها أو لأي سبب يتعلق بتلقي / عدم تلقي الرسائل النصية القصيرة.

إقرار دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية (IRS)

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

مواطنًا أمريكيًا ليس مواطنًا أمريكيًا لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية (١) (٢)

يوافق مقدم الطلب (مقدمو الطالبات) على إبلاغ الشركة في غضون ثلاثين (٣٠) يومًا من معرفة مقدم الطلب بهذا التغيير في المعلومات.

إذا أصبح مقدم الطلب (مقدمو الطالبات) أو أي مستفيد معين مواطنًا أمريكيًا لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية أو إذا قام مقدم الطلب بالتنازل عن وثيقة التأمين إلى ذلك المواطن الأمريكي. يرجى ملاحظة أن تقديم أي بيان كاذب أو محرف للحالة الضريبية من قبل مواطن أمريكي قد يؤدي إلى فرض عقوبات بموجب قانون الولايات المتحدة. إذا كنت مواطنًا أمريكيًا، فاملأ التفاصيل أدناه:

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي لمقدم الطلب (مقدمي الطالبات) والمؤمن عليه:

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي للمستفيد (المستفيدين):

- هذا السؤال لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية. تتطلب دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية من الشركة الإفصاح عن الدخل الخاضع للضريبة المدفوع لأشخاص يخضعون لضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية. يرجى ملاحظة أنه إذا كنت مواطنًا أمريكيًا لأغراض الضريبة في الولايات المتحدة ولم تقدم رقم التعريف الضريبي الأمريكي للشركة، فإن دائرة الإيرادات الداخلية تطلب من الشركة اقتطاع الضريبة من مدفوعات الدخل الخاضعة للضريبة التي تم دفعها إليك بنسبة تصل إلى ٣١٪.
- لأغراض هذا الإقرار، الشخص الأمريكي هو مواطن أمريكي أو شخص مقيم في الولايات المتحدة، أو شراكة بالولايات المتحدة، أو شركة إدارة أموال يسيطر عليها شخص أمريكي واحد أو أكثر تخضع لإشراف محكمة أمريكية.

إقرار قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية (FATCA)

يوافق المؤمن عليه / صاحب الوثيقة على اطلاع متلايف وموظفيها ووكلائها عن أي معلومات سرية إلى:

(١) أي عضو في المجموعة وممثلي متلايف في أي ولاية قضائية (ويشار إليهم مع متلايف بلفظ "الأطراف المسموح بها")؛

(٢) أي شخص وفقًا لما يقتضيه أي قانون (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية) أو سلطة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية) لها اختصاص على أي من الأطراف المسموح بها؛

(٣) المستشارون المهنيون، وشركة التأمين، ومعهد التأمين أو وسيط التأمين ومقدمو الخدمات للأطراف المسموح بها الذين يقع عليهم واجب السرية تجاه الأطراف المسموح بها؛

(٤) أي متنازل إليه أو محال له أو منقول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بأي من حقوق و / أو التزامات متلايف بموجب هذه الوثيقة (أو أي وكيل أو مستشار لأي مما سبق)؛

"المعلومات السرية" تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه / صاحب الوثيقة (سواء كانت محددة على أنها "سرية" أم لا) والتي تم الإفصاح عنها بأي وسيلة إما بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تتعلق بأعمال أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه / صاحب الوثيقة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، تفاصيل الاتصال، أو رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي، أو أرصدة / أنشطة الحساب أو أي معاملات تتم مع متلايف).

تقوم متلايف بخصم أي اقتطاع مطلوب بموجب قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الولايات المتحدة ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق، وفق مطلق تقديرها، في إنهاء الوثيقة في حالة عدم تقديم الوثائق المناسبة لوضع المؤمن عليه / صاحب الوثيقة من حيث كونه مواطنًا أمريكيًا أو غير أمريكي لأغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الوقت المناسب إلى متلايف. على وجه الخصوص، في حالة حظر القوانين أو اللوائح المحلية المعمول بها للاقتطاع من الحساب أو حظر الإبلاغ المالي عن الحساب، ولم يتم الحصول على أي إعفاء من هذا القانون المحلي، تحتفظ متلايف بالحق في إغلاق ذلك الحساب.

يرجى إكمال الجدول التالي الذي يشير إلى (١) الموطن الضريبي لصاحب الحساب و(٢) رقم التعريف الضريبي لصاحب الحساب لكل بلد / ولاية قضائية محددة.

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيماً لأغراض الضريبة في أكثر من ثلاث بلدان / ولايات قضائية، فيرجى استخدام ورقة منفصلة

إذا لم يتوفر رقم التعريف الضريبي، يرجى ذكر السبب المناسب "أ" أو "ب" أو "ج" على النحو الوارد أدناه:

- السبب "أ"
البلد / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر رقم تعريف ضريبي للمقيمين بها
- السبب "ب"
يتعذر على صاحب الحساب الحصول على رقم تعريف ضريبي أو رقم معادل. يرجى توضيح سبب عدم قدرتك على توفير المعلومات المطلوبة
- السبب "ج"
رقم التعريف الضريبي غير مطلوب (ملاحظة: يرجى تحديد هذا السبب فقط إذا كان القانون المحلي للولاية القضائية ذات الصلة لا يتطلب الحصول على رقم التعريف الضريبي الصادر عن هذه الولاية القضائية).

البلد / الولاية القضائية للإقامة الضريبية	TIN رقم التعريف الضريبي	إذا لم يتوفر رقم العريف الضريبي، أدخل السبب "أ" أو "ب" أو "ج"	إذا تم اختيار السبب "ب"، فيرجى التوضيح
١٠			
٢٠			
٣٠			

يرجى إكمال الأربعة أسئلة أدناه إذا كنت مقيماً لأغراض الضريبة في أحد البلدان التالية

دولة/ولاية الإقامة الضريبية			
١- أنتيغوا وبربودا	٥- قبرص	٩- سانت كيتس ونيفيس	١٣- فانواتو
٢- جزر البهاما	٦- دومينيكا	١٠- سانت لوسيا	١٤- بنما
٣- البحرين	٧- غرينادا	١١- سيشيل	١٥- الإمارات العربية المتحدة
٤- باربادوس	٨- مالطا	١٢- جزر تركس وكايكوس	

الأسئلة:

١. هل حصلت على حقوق الإقامة بموجب برنامج الحصول على الجنسية عن طريق الاستثمار (CBI)/الإقامة عن طريق الاستثمار (RBI) *؟
إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر نوع البرنامج أدناه.....
لا نعم
٢. هل لديك حق الإقامة في أي دولة أخرى؟* إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه.....
لا نعم
٣. هل قضيت أكثر من ٩٠ يوماً في أي دولة (دول) أخرى خلال العام السابق؟*
إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه.....
لا نعم
٤. في أي ولاية (ولايات) قضائية قدمت إقرارات ضريبة الدخل الشخصية خلال العام السابق *
رجاءً إضافة اسم الدولة. إذا لم تكن قد قدمت إقرارات ضريبة الدخل في أي دولة، يرجى ذكر أن هذا البند لا ينطبق.
لا نعم

* يلزم الإجابة.

أدرك أن المعلومات التي قدمتها تخضع للأحكام الكاملة للبنود والشروط التي تحكم علاقة صاحب الحساب مع متلايف والتي تحدد كيفية قيام متلايف باستخدام ومشاركة المعلومات التي أقدمها.

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج والمعلومات المتعلقة بصاحب الحساب وأي حساب (حسابات) قد يتم الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد / الولاية القضائية التي يتم الاحتفاظ فيها بهذا الحساب (الحسابات) وتبادلها مع السلطات الضريبية لبلد (بلدان) / ولاية (ولايات) قضائية أخرى يخضع فيها صاحب الحساب للضرائب بموجب اتفاقيات حكومية دولية لتبادل معلومات الحساب المالي.

أقر بأنني صاحب الحساب (أو مخول بالتوقيع بالنيابة عن صاحب الحساب) عن الحساب أو الحسابات المتعلقة بهذا النموذج

أقر بأن جميع البيانات الواردة في هذا الإقرار، على حد علمي واعتقادي، صحيحة وكاملة

أتعهد بإبلاغ متلايف بأي تغيير في الظروف من شأنه أن يؤثر على حالة الإقامة الضريبية للشخص المحدد في الطلب أو في هذا النموذج أو يجعل المعلومات الواردة في هذا النموذج غير صحيحة أو غير كاملة، كما أتعهد بتزويد متلايف بإقرار وتصديق ذاتي محدث حسب الأصول في غضون ٩٠ يوماً من هذا التغيير في الظروف.

التوقيع

X

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

X

توقيع المستفيد
غير القابل للتغيير (حيثما ينطبق)

١- الإشعارات: أخول بموجبه متلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات إلكترونياً (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، خدمة الرسائل النصية القصيرة "SMS" ورسائل البريد الإلكتروني وأي وسيلة أو وسائل إلكترونية أخرى للاتصالات والمراسلات ("الإشعارات"). وأوافق على تلقي الإشعارات وأدرك أن متلايف لا تقدم أي ضمانات بأن الإشعارات لن تتوقف أو تخلو من الأخطاء، ولن يتم اعتبار أو معاملة أي خطأ أو توقف من هذا القبيل كمصدر لخلق شكل من الأشكال أي مسؤولية على متلايف، وأقر أنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد متلايف عن أي خطأ في الإشعارات أو توقف لها أو لأي سبب يتعلق بتلقي / عدم تلقي تلك الإشعارات. كما لا تتحمل متلايف أي مسؤولية عن عدم تلقي الإشعارات بسبب عدم صلاحية العناوين أو أي مشاكل فنية أخرى.

٢- إرسال الوثائق واستلامها إلكترونياً: من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني وتوقيع هذا الطلب، أوافق على استلام وثيقة التأمين والشهادة و / أو أي مستندات أخرى من متلايف وإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بالوثيقة ("الوثائق") إلى متلايف عبر البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). أدرك تماماً أنه بموجب اختيار هذه الوسيلة الإلكترونية لإرسال المعلومات والوثائق أو استلامها، فإنني أتحمّل مسؤولية التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته في هذا الطلب في جميع الأوقات، كما أتحمّل مسؤولية إبلاغ متلايف على الفور في حال تغيير عنوان البريد الإلكتروني أو التوقف عن استلام الوثائق. أوافق على أن جميع المعلومات والوثائق المرسلّة إلى عنوان بريدي الإلكتروني أو المستلمة منه على النحو الوارد في هذا الطلب تعتبر صالحة وتُعتبر عني أو مرسلّة لي شخصياً. ولا تتحمل متلايف مسؤولية عدم استلام رسائل البريد الإلكتروني بسبب عناوين البريد الإلكتروني غير الصالحة أو أي مشكلات فنية أخرى تتعلق بخدمة البريد الإلكتروني.

أقر بأنه إذا اخترت تغيير عنوان بريدي الإلكتروني الخاص بالمراسلة مع متلايف، أو إذا كنت أرغب في استلام نسخة ورقية من الوثائق، أو إذا لم أتسلم الوثائق المطلوبة، فسوف أخطر متلايف على الفور.

بتوقيع هذا الطلب، أدرك وأوافق على أنه إذا كنت أرغب في التوقف عن استلام الوثائق إلكترونياً، فإنه يجب على إلغاء هذا التفويض من خلال مستند كتابي آخر. وبتوقيع هذا الطلب أيضاً، أقر بأنني قد قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام الخاصة بمتلايف والمتوفرة على www.metlife.com/about/privacy وسأقوم بمراجعة أي شروط استخدام أو بيان خصوصية لأي من مقدمي الخدمات في المستقبل ممن تستعين بهم متلايف.

أدرك أنه على الرغم من اتخاذ متلايف كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، لا تضمن متلايف سلامة معلوماتي. أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليطم إدرجه في قائمة البريد الإلكتروني لمتلايف وأقبل أي مخاطر كامنة تتعلق باتصالات البريد الإلكتروني.

التوقيعات

٢٠

سنة سنة شهر شهر يوم يوم

السنة الشهر اليوم

البلد

المدينة

موقع في

الإسم الكامل لصاحب الوثيقة

الإسم الكامل للمستفيد أو المتنازل إليه غير القابل للتغيير

الإسم الكامل للشاهد / الوكيل

التوقيع

التوقيع

التوقيع

البلد

الوكيل

بحاجة للمساعدة؟

كيفية تقديم النموذج	كيفية الاتصال بنا						
	أى دولة أخرى	قطر	البحرين	عمان	الكويت	الإمارات	البلد
يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى:	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	متلايف - ٨٠٠ (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣)	اتصل بنا
رعاية العملاء - متلايف	صندوق بريد ٣٧١٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة						راسلنا عبر البريد
صندوق بريد ٣٧١٩١٦	CustomerServices.Gulf@metlife.com						راسلنا عبر البريد الإلكتروني
دبي - الإمارات العربية المتحدة	www.metlife-gulf.com						الموقع الإلكتروني

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

أمريكان لايف انشورنس كومباني هي إحدى الشركات التابعة لمتلايف انك