

تفويض بدفع أقساط التأمين لشركة متلايف من خلال بطاقة الائتمان

Authorization for payment of insurance premiums to MetLife through Credit /Debit card

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

تتوافر خاصية الدفع عن طريق بطاقة الائتمان/الخصم فقط لبطاقات فيزا أو ماستر كارد . لا يمكن استخدامها إلا من قبل مالكي الوثيقة باستخدام بطاقات الائتمان/الخصم الخاصة بهم. يرجى إكمال قسم التفاصيل الشخصية وقسم الدفع بطاقة الائتمان /الخصم أدناه.

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 /Debit card whose details with the amount of premiums are shown below.
- I also hereby authorize MetLife to continue debiting my Credit/Debit 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/Debit card with the amount of the due premium as applicable.
- I understand and agree that in the event my credit/Debit 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/Debit 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.

أ. الإقرارات:

- أوافق بموجبه علي تنفيذ دفع الأقساط فيما يتعلق بوثائق التأمين لدى متلايف («الوثيقة»).
- وتفويض متلايف الخصم من بطاقة الائتمان/الخصم الخاصة بي بمبلغ الأقساط المبين أدناه.
- أفوض بموجبه شركة متلايف للإستمرار في الخصم من بطاقة الائتمان/الخصم الخاصة بي بمبالغ الأقساط اللاحقة حسبما ينطبق طوال مدة الوثيقة ، مع مراعاة عدم الإخلال بشروط وأحكام الوثيقة.
- أفهم وأوافق على أن التغطية بموجب الوثيقة ستبدأ وتستمر فقط بعد خصم مبلغ القسط المستحق من بطاقة الائتمان/الخصم الخاصة بي حسبما ينطبق.
- أفهم وأوافق على أنه في حال انتهت بطاقتي الإئتمانية/الخصم أولم يتم تجديدها لأي سبب ، أو في حالة عدم توفر الأموال الكافية أيًا كان ، ألتزم بدفع كافة الأقساط المستحقة التي تتعلق بالوثيقة من خلال أي من وسائل الدفع المنتشرة والمتوافرة لدى شركة متلايف. وفي حالة عدم الإلتزام بدفع الأقساط المستحقة في الوقت المحدد يؤدي ذلك الى الغاء وثيقتي مع مراعاة عدم الإخلال بالشروط والأحكام الواردة في الوثيقة.
- أفهم وأوافق على أنه في حالة تجديد بطاقتي الإئتمانية/الخصم، ألتزم بتقديم نموذج تفويض جديد لتنفيذ دفع أقساطي اللاحقة طوال مدة الوثيقة ويستمر سريان ذلك ما لم يتم الغاؤه خطياً بواسطتي.
- أنا اتفهم بموجب هذا أن متلايف ستخصم من بطاقتي المصرفية القسط المناسب وفقاً لعملة الوثيقة. أنا علي علم بأنه من الممكن للبنك الذي أصدر البطاقة تطبيق الأسعار والرسوم وفقاً لمعدلات تحويل العملة الخاصة بالبنك.

b. Personal details (Policy Owner)

ب. التفاصيل الشخصية (صاحب الوثيقة)

رقم الوثيقة
Policy no.

الإسم الكامل لصاحب الوثيقة
Policy Owner Full Name

c. Authorization for Credit/Debit card payment -Only Bank Issued Non Prepaid Credit card Allowed)

ج. تخويل الدفع بطاقة الائتمان /الخصم (يسمح فقط ببطاقات الائتمان غير المدفوعة مقدماً الصادرة من البنك)

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/Debit card with the amount as detailed below for the above mentioned application:

أنا ، الموقع أدناه ، بناءً على الإقرارات المبينة أعلاه ، أقدم موافقتي وأؤكد تفويض الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة ، بالخصم من بطاقة الائتمان/الخصم الخاصة بي للمبالغ المبينة أدناه للطلب المذكور أعلاه:

رقم بطاقة الإئتمان/الخصم
Credit/Debit card number

تاريخ انتهاء الصلاحية
Credit/Debit card expiry date

M M Y Y

إسم البنك المصدر للبطاقة
Name of card issuer bank

اسم البنك
Bank name

الإسم الكامل
Full name
(كما هو مبين على البطاقة)
(as quoted on the card)

الإسم الكامل
Full name

d. طريقة الدفع d. Mode of Payment العملة Policy currency	<input type="checkbox"/> دفعه واحده <input type="checkbox"/> Single payment يرجى الخصم من بطاقة الائتمان/الخصم الخاصة بي كما هو مبين أدناه please debit my credit /Debit card as detailed below	<input type="checkbox"/> دفعه متكررة <input type="checkbox"/> Recurrent payment يرجى الخصم من بطاقة الائتمان/الخصم الخاصة بي كما هو مبين أدناه please debit my credit /Debit card as detailed below
<input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> AED		
نوع البطاقة Card Type	<input type="checkbox"/> بطاقة خصم Debit Card <input type="checkbox"/> بطاقة ائتمان Credit Card	
المبلغ بالأرقام Amount in figures		
المبلغ بالأرقام للخطط ذات القسط المرن Amount in figures for flexible premium products	الحد الأدنى Minimum premium	الحد الأقصى Maximum premium
تاريخ البدء Starting date		سيتم خصم القسط من بطاقتي الائتمانية حسب تاريخ استحقاق الوثيقة The premium will be debited from my credit card as per the policy due date.
التكرار Frequency	غير منطبق Not applicable	<input type="checkbox"/> شهري Monthly <input type="checkbox"/> ربع سنوي Quarterly <input type="checkbox"/> نصف سنوي Semi-Annual <input type="checkbox"/> سنوي Annual

- 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 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.
 - **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 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.
 - I hereby declare to American Life Insurance Company (MetLife) after entering my Credit /Debit 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.
- أوافق وأؤكد بموجب هذا نموذج التفويض هذا لصالح الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة سيظل ساريًا حتى يحين الوقت الذي أقوم فيه بالإلغاء أو التعديل كتابةً.
- أفهم بموجب هذا أن متلايف سوف تقوم بتنفيذ الطلب فقط بعد منح التفويض الخاص بدفعه بطاقة الائتمان/الخصم الخاصة بي.
- أدرك أن هذا النموذج لا يُعامل كإيصال دفع.
- أفهم وأوافق على أنه من مسؤوليتي الحصول على نسخة من هذا التفويض والاحتفاظ بها وأي إيصال دفع أقساط للرجوع إليه في المستقبل.
- نقل البيانات:** بموجب هذا أُمح متلايف موافقتي الواضحة على معالجة بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي مستلم سواء داخل الدولة أو خارجها ، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر المقر الرئيسي لشركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية ، وفروعها والشركات التابعة لها وشركات إعادة التأمين وشركاء الأعمال والمستشارين المحترفين ووسطاء التأمين و / أو الخدمة أو موفرو الخدمات الذين نعتقد أن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية ضروري من أجل: (١) أداء هذه الوثيقة؛ (٢) مساعدة متلايف في تنمية أعمالها ومنتجاتها؛ (٣) تحسين تجربة عملاء متلايف؛ (٤) للامتثال للقوانين واللوائح المعمول بها؛ أو (٥) للامتثال لوكالات إنفاذ القانون الأخرى للعقوبات الدولية واللوائح الأخرى السارية على متلايف. تتضمن متلايف أن هؤلاء المتلقين سيكون لديهم ما يكفي من التزامات السرية للحصول على سرية المعلومات الشخصية وشريطة أن تلتزم الشركة بالقوانين المعمول بها فيما يتعلق بمعالجة هذه البيانات الشخصية ومشاركتها ونقلها. البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي و/أو أفراد عائلتي سواء تم التناشير عليها بأنها "شخصية" أم لا، والتي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، حالاتي الطبية، العلاجات، والوصفات الطبية، والأعمال التجارية، تفاصيل معلومات الاتصال، أرقام التعريف الخاصة بالضريبة و/أو أرقام الخاصة بالتأمينات الاجتماعية، وأرصدة الحسابات حركة الحساب، و/أو أي معاملات قمت أنا بها مع متلايف
- أخول بموجب الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة بعد إدخال بيانات بطاقة الائتمان/الخصم الخاصة بي وأرقامها في أنظمتها الداخلية بمحو / إخفاء بعض أرقام البطاقات الموضحة أعلاه من هذا التفويض من أجل حماية البيانات دون الحاجة إلى التوقيع على هذا التفويض بعد الإلغاء ودون الانتقاص أو التأثير على السلطة القانونية لأي تفويض تم منحه للشركة بموجب هذا التفويض.

<input type="text"/>	X	التوقيع Signature	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
----------------------	---	----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

Full name of the Owner/Cardholder's الاسم الكامل للمالك / حامل البطاقة Owner/Cardholder's توقيع المالك / حامل البطاقة Date تاريخ

هاتف Telephone	رمز الدولة Country Code	رمز المنطقة Area Code	البريد الإلكتروني 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. 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/الخصم الأصلية الخاصة بمالك الوثيقة وأؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه في التفويض بالخصم تتفق مع بطاقة الائتمان /الخصم الخاصة به. أؤكد أيضًا أن مالك الوثيقة أو دافعه (إذا كانت هناك موافقة على ان يكون الطرف الثالث دافعا معتمدا لدى الشركة) وحامل بطاقة الائتمان /الخصم هما نفس الشخص وأؤكد أيضًا أن التوقيع على التفويض بالخصم أعلاه مطابق للتوقيع على بطاقة الائتمان/الخصم نفسها.

<input type="text"/>	X	التوقيع Signature	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
----------------------	---	----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

توقيع الوكيل / المستشار المالي توقيع الوكيل / المستشار المالي تاريخ
Name of Agent/Financial Advisor Agent's/Financial Advisor signature Date