

التغطية الصحية في الخارج Health Cover Abroad



نموذج طلب المستشار المالي المستقل البحرين IFA Application Form Bahrain

رقم الوثيقة Policy No	<input type="text"/>	اسم المستشار المالي المستقل IFA Name	<input type="text"/>
رمز الوكيل Agent's Code	<input type="text"/>	اسم المستشار المالي Financial Advisor Name	<input type="text"/>

▶ All sections in the form are required to be completed
▶ Please use BLOCK CAPITAL LETTERS to fill in the form

◀ يجب ملء جميع الأقسام في النموذج
◀ الرجاء ملء الاستمارة بخط واضح

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

1. التفاصيل عن الشخص المطلوب التأمين عليه (كما موضح في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name	<input type="text"/>	إسم الوالد Middle Name	<input type="text"/>	الشهرة Last Name	<input type="text"/>
الجنس Gender	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	الحالة الإجتماعية Marital Status	<input type="checkbox"/> أعزب Single	<input type="checkbox"/> متزوج Married
مدينة الولادة City of Birth	<input type="text"/>	بلد الولادة Country of Birth	<input type="text"/>	تاريخ الميلاد Date 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"/>	صلة القربى بمالك الوثيقة Relationship to Policy Owner	<input type="text"/>

Residency* الإقامة*

1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	3) <input type="text"/>
-------------------------	-------------------------	-------------------------

* "الإقامة" هي المكان الذي 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.

المهنة Occupation

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"/>			

الدخل Income

معدل الدخل السنوي المكتسب خلال 3 سنوات بالدولار الأمريكي Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD

السنة الحالية Current Year	<input type="text"/>	السنة الماضية Last Year	<input type="text"/>	السنة ما قبلها The Year Before	<input type="text"/>
مصادر الدخل الأخرى (إن وجد) Other sources of Income (if any)	مصدر الدخل Source	<input type="text"/>	الدخل السنوي Annual Income	<input type="text"/>	

المراجع المصرفية الشخصية Personal Banking Details

إسم البنك Name of Bank	<input type="text"/>	العنوان Address	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

عنوان العمل الحالي Current Business Address

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"/>	البريد الإلكتروني E-mail	<input type="text"/>

عنوان الإقامة الحالي Current Residence Address

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

2. Applicant / Policy Owner details

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

٢. تفاصيل مقدم الطلب / مالك الوثيقة

(إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه - كما موضح في الوثائق الرسمية)

الإسم الأول First Name إسم الوالد Middle Name الشهرة Last Name

الجنس Gender ذكر Male أنثى Female الحالة الإجتماعية Marital Status أعزب Single متزوج Married تاريخ الميلاد Date of Birth

مدينة الولادة City of Birth بلد الولادة Country of Birth

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

صلة القرى بالشخص المطلوب التأمين عليه Relationship to Proposed Insured

Residency* الإقامة*

1) 2) 3)

*"الإقامة" هي المكان الذي 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

Income الدخل

Average Earned Annual Income in the past 3 years in USD

معدل الدخل السنوي المكتسب خلال ٣ سنوات بالدولار الأمريكي

السنة الحالية Current Year السنة الماضية Last Year السنة ما قبلها The Year Before

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

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 -

3. Send correspondence to

٣. إرسال المراسلات إلى

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

4. Claimant's Personal Details (on behalf of the Proposed Insured)

٤. البيانات الشخصية للمطالب (نيابة عن الشخص المطلوب التأمين عليه)

*الشخص الذي يمكن الإتصال به * Contact Person name	*عنوان البريد الإلكتروني * Email Address	*تفاصيل الإتصال * Contact Details
* The person named above will be the one arranging for claiming the Medication In-Country Benefit should the Proposed Insured be unable to claim.		*الشخص المذكور أعلاه هو الشخص الذي يحق له المطالبة بالعلاجات الطبية المؤمن عليه المقترح داخل الدولة في حالة عدم تمكن المؤمن عليه المقترح من المطالبة.

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

نعم YES لا NO

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

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

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

رقم الوثيقة Policy No.	الإسم Name	الشركة Company	تاريخ النفاذ Effective Date	مبلغ التغطية Coverage Amount	القسط السنوي Annual Premium

6. Schedule of Benefits & Premiums (in US Dollars)

٦. جدول المنافع والأقساط (بالدولار الأمريكي)

Benefit: Health Cover Abroad

المنفعة: التغطية الصحية في الخارج

التغطية: ١ مليون دولار أمريكي في السنة و ٢ مليون دولار أمريكي لمدى الحياة Coverage: US \$ 1 million per year and US \$ 2 million per lifetime	
العمر Age	القسط السنوي Annual Premium
<input type="checkbox"/> ١٨-٠ 0-18	دولار ٣٥٠,٠٠ \$350.00
<input type="checkbox"/> ٤٩-١٩ 19-49	دولار ١,٢٠٠,٠٠٠ \$1,200.00
<input type="checkbox"/> ٥٤-٥٠ 50-54	دولار ١,٨٠٠,٠٠ \$1,800.00
<input type="checkbox"/> ٥٩-٥٥ 55-59	دولار ٢,٤٠٠,٠٠ \$2,400.00
<input type="checkbox"/> ٦٤-٦٠ 60-64	دولار ٣,٦٠٠,٠٠ \$3,600.00
NOTE: Annual Premium in the above table will increase at policy anniversary based on proposed insured attained age. The maximum entry age is 64 years. At policy anniversary following the proposed insured's 64th birthday, the annual premium will increase to \$ 4,200. At policy anniversary following the proposed insured's 69th birthday, the annual premium will increase to \$ 4,800	ملاحظة: سوف يزيد القسط السنوي في الجدول اعلاه في الذكرى السنوية للوثيقة بناء على عمر المؤمن عليه. أن السن الأقصى عند الاشتراك هو ٦٤ سنة. سيزيد القسط السنوي الى \$٤,٢٠٠ في الذكرى السنوية للوثيقة التي تلي سن المؤمن عليه ال ٦٤. سيزيد القسط السنوي الى \$٤,٨٠٠ في الذكرى السنوية للوثيقة التي تلي سن المؤمن عليه ال ٦٩

طريقة الدفع

Mode of Payment

 سنوي
Annual شهري
Monthly

Details of Payment:

Is the Policy Owner making the payments from their own bank account?

If No, please proceed to complete the "Payor details" Form or the Credit Card

Authorization Form, as applicable, separately

If Yes, please complete the below details:

Kindly provide your bank account details, which you will be using to pay the premium

نعم
Yesلا
No

تفاصيل الدفع:

هل يقوم مالك الوثيقة بإجراء الدفعات من حساب البنك الخاص به؟
إذا كانت الإجابة "لا"، فالرجاء استكمال نموذج "بيانات الشخص المخول بالدفع"
أو نموذج تفويض بطاقة الائتمان، حيثما ينطبق، بشكل منفصل.إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى المتابعة لاستكمال التفاصيل التالية:
يرجى تقديم تفاصيل حسابك المصرفي، والتي سوف تستخدم لدفع القسط

Bank Name

إسم البنك

Bank branch and address

فرع البنك و العنوان

Country

البلد

Account name

إسم صاحب الحساب

Account number

رقم الحساب

رقم الحساب المصرفي الدولي (ملاحظة: إعتياداً 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)

7. Health Questions (Tick the applicable answer), questions pertain to proposed insured.

٧. التصريحات الطبية (حدد الإجابة المناسبة) للشخص المطلوب التأمين عليه

- | | نعم
Yes | لا
No | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. At any time in the last 10 years have you been diagnosed or received treatment of any kind in connection with any of the following illnesses? | | | ١. في أي وقت خلال العشر سنوات الماضية هل تم تشخيصك أو تلقيت علاجاً من أي نوع فيما يتعلق بالأمراض التالية؟ |
| A. Any form of cancer, leukaemia, Hodgkin's disease, lymphoma, sarcoma or melanoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | أ. أي شكل من أشكال السرطان، أو سرطان الدم (اللوكيميا)، أو مرض هودجكين، أو سرطان الغدة الليمفاوية، أو الساركوما، أو سرطان الجاشكال |
| B. Any precancerous lesions, borderline tumour, dysplasia, prostate enlargement or elevated tumour marker in the blood (PSA), abnormal cervical smear or mammogram, hyperthyroidism, presence of polyps in the colon, small intestine, and/or stomach and any mole or freckle that has bled, become painful, changed colour or increased in size, from which you have not fully recovered and/or been discharged from follow up | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ب. أي آفات محتملة للسرطان، أو ورم حُدودي، أو خلل التنسج، أو تضخم البروستات أو ارتفاع علامات الورم في الدم (مستضد البروستات النوعي أو مسحة عنق الرحم غير طبيعية، أو صورة الأشعة السينية للثدي (PSA)، غير طبيعية، أو فرط نشاط الغدة الدرقية، أو وجود سلائل (بوليبات) في القولون أو الأمعاء الدقيقة و/أو المعدة، أو أي شامة أو نمش نزفت أو أصبحت مؤلمة أو تغير لونها أو ازداد حجمها ولم تتعافى منها و/أو لم يسمح لك بانتهاء المتابعة؛ |
| C. Any blood disorder or inherited immune disorder needing treatment over a period of more than one month which required regular or continuous treatment other than just a special diet (for example aplastic anaemia, lymphoma, leukaemia, myeloma, myelodysplastic syndrome, sickle cell disease, thalassemia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ج. أي اضطراب في الدم أو اضطراب وراثي في الجهاز المناعي مما يحتاج إلى علاج خلال فترة تزيد عن شهر واستلزم علاجاً منتظماً أو مستمراً بخلاف النظام الغذائي الخاص (على سبيل المثال فقر الدم اللاتنسجي، أو سرطان الغدة الليمفاوية، أو سرطان الدم (اللوكيميا)، أو الورم النخاعي، أو متلازمة خلل التنسج النقوي، أو مرض الخلايا المنجلية، أو فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط (الثلاسيميا)؛ |
| D. Any kind of tumour, lump, cyst or vascular or circulatory condition including stroke, transient ischemic attack (TIA), brain haemorrhage (bleeding), abnormal blood vessels (arteriovenous malformation, aneurysm, thrombus or embolus in the brain) in or around the brain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | د. أي نوع من: <ul style="list-style-type: none"> • الورم، أو التواء، أو الأيكس • الحالة الوعائية أو الدموية بما في ذلك السكتة الدماغية، أو النوبة الإقفارية العابرة (TIA)، أو نزيف المخ، أو الأوعية الدموية غير الطبيعية (تشوه الشرايين الوعائية، أو تمدد الأوعية الدموية، أو جلطة أو صمة في الدماغ) سواء في الدماغ أو حوله؛ |
| E. Any form of heart disease (including heart attack, angina, heart vessel disorders, heart valve disorders, heart murmurs or rheumatic fever, heart failure, heart enlargement or cardiomyopathy. (You can answer NO if you are being treated only for high blood pressure and/or high cholesterol) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هـ. أي شكل من أشكال أمراض القلب (بما في ذلك النوبات القلبية، أو الذبحة الصدرية، أو اضطرابات الأوعية القلبية، أو اضطرابات صمامات القلب، أو نفخات القلب أو الحمى الروماتيزمية، أو فشل القلب، أو تضخم القلب، أو اعتلال عضلة القلب. (يمكنك الإجابة ب (لا) إذا كنت تتلقى علاجاً لارتفاع ضغط الدم و) أو ارتفاع الكوليسترول؛ |
| F. Diabetes. (You can answer NO if you are being treated only for gestational diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | و. مرض السكري (يمكنك الإجابة ب (لا) إذا كنت تتلقى علاجاً فقط لمرض سكري الحمل)؛ |
| G. Chronic impaired kidney function, dialysis, liver cirrhosis or chronic liver failure. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ز. ضعف وظائف الكلى المزمن، أو غسيل الكلى، أو تليف الكبد، أو الفشل الكبدي المزمن. |
| 2. Have any of your natural parents, brother or sisters, before their 50th birthday, been diagnosed with cardiovascular disease (heart attack, bypass surgery or stroke), polycystic kidney disease, or cancer of the bowel, breast, colon, ovarian, prostate, melanoma, pancreas or kidney? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٢. هل تم تشخيص أي من والديك أو إخوتك الطبيعيين، قبل يوم ميلادهم الخمسين، على أنهم مصابين بمرض قلبي وعائي (نوبة قلبية، أو جراحة القافية، أو سكتة دماغية)، أو مرض الكلية المتعددة الكيسات، أو سرطان الأمعاء أو الثدي أو القولون أو المبيض أو البروستات أو الجلد أو البنكرياس أو الكلى؟ |
| 3. Do you currently or did you suffer during the last 6 months from any persisting or recurrent symptoms and/or signs which have not yet been investigated? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٣. هل تعاني حالياً أو هل عانيت خلال الأشهر الستة الماضية من أي أعراض و/أو علامات مستمرة أو متكررة لم يتم فحصها بعد؟ |
| This includes any lump in the breast or in testicles, rectal bleeding, blood in urine, unusual cough, jaundice, unexplained weight loss, headaches of increasing frequency, vision disturbances (blurry/ double vision, unexplained vision loss), unexplained hearing loss, speech difficulties, weakness of limbs, seizures, fits or fainting and abnormal lab values of your blood check. | | | يشمل ذلك أي نتوء في الثدي أو في الخصيتين، أو نزيف شرجي، أو دم في البول، أو سعال غير عادي، أو اليرقان، أو فقدان للوزن غير مفسر، أو صداع متزايد التكرار، أو اضطرابات في الرؤية (رؤية ضبابية / مزدوجة، أو فقدان الرؤية غير مفسر)، أو فقدان للسمع غير مفسر، أو صعوبات في الكلام أو ضعف في الأطراف، أو آزمات أو نوبات أو إغماء، أو تقييم مختبر غير طبيعي لفحص دمك. |
| 4. Are you currently in the process of scheduling or have you scheduled a doctor or hospital appointment whose purpose is to share or discuss any of the symptoms mentioned in question 3 above; or are you currently awaiting the results of any tests, procedures or analyses for such symptoms or findings? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٤. هل أنت تسعى حالياً إلى تحديد موعد أو قمت بتحديد موعد مع طبيب أو مستشفى لغرض مشاركة أو مناقشة أي من الأعراض المذكورة في السؤال رقم (٣) أعلاه؛ أو تنتظر حالياً نتائج أي اختبارات أو إجراءات أو تحليلات لمثل تلك الأعراض أو المستنتجات؟ |
| 5. Have you had or been recommended to have, or are you currently on a waiting list for an organ transplant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٥. هل سبق لك أن خضعت إلى زرع أحد الأعضاء، أو قدمت لك نصيحة بذلك، أو أنك حالياً في قائمة انتظار لزرع أحد الأعضاء؟ |

Terms & Conditions apply. This insurance policy is underwritten by MetLife and the insurance coverage that this policy provides shall be at all times subject to the terms and conditions of the policy contract issued by MetLife. The distribution partner shall not be responsible for MetLife's actions or decisions under the policy contract nor shall the distribution partner be liable regarding payment of claims or services under the policy contract issued by MetLife.

"It is acknowledged and understood that this Policy is sold under the laws of the Country of Issue. The Policyholder should consult his / her own professional advisor(s) as to the legal or any other requirements or restrictions relating to the life coverage obtained under the Policy and its tax consequences pursuant to the laws of any jurisdiction to which the Policyholder would be or might become subject during the term of the Policy."

تطبق الشروط والأحكام. إن وثيقة التأمين هذه تم إعدادها من قبل متلايف وتخضع التغطية التأمينية التي توفرها هذه الوثيقة في جميع الأوقات للشروط والأحكام الواردة في عقد الوثيقة الصادر عن متلايف.. مسئول التوزيع غير مسؤول عن الإجراءات التي تقوم بها متلايف أو القرارات التي تتخذها بموجب عقد الوثيقة، كما أن مسئول التوزيع غير مسؤول عن سداد أية مطالبات أو خدمات بموجب عقد الوثيقة الصادر عن متلايف.

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

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

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

No representative has the authority to modify the terms as written in the application form or to overwrite the requirements of the Company.

لا يملك أي ممثل الحق بتعديل الشروط المحددة في طلب التأمين أو إلغاء أي من البيانات المطلوبة من قبل الشركة.

MetLife will charge VAT on all Bahrain policies which are subject to value added tax ("VAT") from the effective date and in accordance with the provisions of the VAT regulations applicable in Bahrain.

تقوم متلايف بفرض ضريبة القيمة المضافة على جميع وثائق البحرين التي تخضع: لضريبة القيمة المضافة من تاريخ السريان وفقاً لأحكام لوائح ضريبة القيمة المضافة المعمول بها في البحرين.

Declarations

التصريحات

(a) I agree that there shall be no contract of insurance, unless a policy is issued and delivered on this application and full first contribution actually paid thereon, provided no change shall have occurred in the insurability of the Proposed Insured(s) since completion of the application. I understand that the effective date of cover shall be the policy issue date as shown in the Policy Specification Schedule. I agree to accept delivery of the duly issued policy through one of the following delivery modes:

(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 المؤمن عليه المقترح (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 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.

- ١ - عن طريق أحد مندوبي التوصيل أو بالبريد المسجل إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.
- ٢ - من خلال ممثل مفوض إلى عنوان المراسلات الموضح في نموذج طلب التأمين.

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.

تسليم الوثيقة بأي من الطرق المذكورة أعلاه وسداد 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 المكتملة المرفقة بها، إذا قامت متلايف بإصدارها ومتى قامت بهذا الإصدار وفقاً للطلب المقدم من قبلي.

(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".

(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".

(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.

(ج) أتفهم أنه لا يسمح إلا لموظف مخول من متلايف ل: (١) الوفاء بالعقود أو؛ (٢) التنازل عن أو تغيير أي شرط في الطلب، الوثيقة أو الاستلام؛ (٣) 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.

(d) 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.

(د) أؤوض متلايف بالحصول من أي مصدر تراه مناسباً بما في ذلك أي بنك و / أو مؤسسة مالية على أي معلومات بشأن وضعي المالي والحسابات المصرفية الخاصة بي

(e) 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.

(هـ) 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.

- (f) The following financial disclosures are made for the purpose of establishing insurability in connection with pending Life Insurance Application on my life. They are furnished as a true and accurate statement of my financial condition on this statement date and are supported by evidence provided by me. I understand that the disclosures form part of the Contract and that incorrect information or failure to disclose any material fact may invalidate the Contract.
- (g) I hereby exonerate any physician and / or hospital and / or clinic and/or medical service provider and / or any insurance company and / or any other organization that has any Personal Data* and/or any records related to me and/or knowledge about me and/or any member of my family members proposed for insurance (if any) from the professional secrecy and/or contractual non-disclosure obligation and hereby authorize such person(s) and entities to disclose to MetLife any and all information about me and/or related to my family members proposed for insurance and to provide them with a copy of my Personal Data records which include but not limited to: references to me and/or my family's health and/or medical history and/or any hospitalization, medical advice, diagnosis, treatment disease and/or ailment. I also authorize MetLife to obtain, from any source it deems appropriate, information concerning my financials and/or professionals and/or personal status in addition to any information related to my driving history. I also confirm that any photocopy of this authorization shall be valid as the original.
- (h) **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 PersonalData, 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.
- (i) 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.
- (j) I understand that if a Policy issued with coverage terms and / or policy rates different from the coverage terms and / or policy rates which I requested in my application, such Policy shall be suspended until MetLife receives my written approval of the new coverage terms and / or policy rates offered by MetLife.
- (و) صيغت الإقرارات المالية التالية بغرض توفير إمكانية التأمين المتعلقة بالطلب المقدم للتأمين على حياتي، و تقدم كإقرارات حقيقية و دقيقة حول وضعي المالي في تاريخ إصدار هذا البيان و يدعمها أدلة أقوم بتقديمها تفيد ذلك. أعلم أن الإفراجات تشكل جزءاً من العقد و أن أي معلومات غير صحيحة أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية قد يبطل العقد.
- (ز) بموجب هذا الطلب فإنني أعفي كل طبيب و/أو مستشفى و/أو عيادة و/أو مزود خدمات طبية و/أو أية شركة تأمين و/أو أية مؤسسة أخرى لديها بيانات شخصية* و/أو أية سجلات أو معلومات عني و/أو عن أفراد عائلتي الذين تم تقديم طلب تأمين عنهم (إن وجد) من واجب السرية المهنية و/أو واجب عدم الإفصاح التعاقدية، و أجاز لهؤلاء الأشخاص و/أو الهيئات الإفصاح لتلايف 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 وأتني أفوض متلايف بالحصول، من أي مصدر تراه مناسباً، على أية معلومة تتعلق بوضعي المالي و/أو المهني و/أو الشخصي ، بالإضافة الى أية معلومات متعلقة بتاريخ قيادتي للمركبات. كما أنني أؤكد أيضاً على أن أي صورة ضوئية من التفويض المشار إليه أعلاه سيعمل بها كأنها نسخة مطابقة للأصل.
- (ح) **تحويل البيانات:** أنا أقدم بهذا موافقتي الصريحة ل متلايف لتحويل معالجة ومشاركة بياناتي الشخصية الى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، شركاتها الحقيقية، شركات إعادة التأمين، شركائها في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات حيث تعتقد متلايف بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات ضروري من أجل: "أ" تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، "ب" مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها، "ج" تحسين تجربة العملاء لديها، "د" للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة "هـ" للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة للشركة. سوف تتأكد متلايف من أن هؤلاء المتلقين سيكون عليهم التزامات سرية كافية للمحافظة على 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 أفراد عائلتي سواء تم التأشير عليها بأنها "شخصية" أم لا، والتي قمت بإعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، بصحتي، العلاجات و الوصفات الطبية، والأعمال التجارية، تفاصيل معلومات الاتصال، أرقام التعريف الخاصة بالضريبة و/أو أرقام الخاصة بالتأمينات الاجتماعية، وأرصدة الحسابات حركة الحساب، و/أو أي معاملات قمت أنا بها مع متلايف
- (ط) أقر وأتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (٢) كان صاحب وثيقة 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 منلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات. كما أقر وأتفهم بأن الشركة لن تحمّل 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.
- (ي) 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.

(K) **Electronic Communication:**

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

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

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

By signing this application, I understand and agree that if I wish to discontinue receiving Documents electronically it is my obligation to revoke this authorization by another written document. By signing this application also, I declare that I have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on www.metlife.com/about/privacy and I will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife.

I understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of my information.

I consent to provide my E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

(L) 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.

(ك) وسائل التواصل الإلكتروني:

١. الإشعارات: أوافق على أن تقوم متلايف بإرسال الإخطارات والإشعارات إلكترونياً، متضمنة على سبيل المثال لا الحصر: خدمة الرسائل النصية القصيرة على الهاتف الخليوي، البريد الإلكتروني وأية وسائل أو طرق تواصل الكتروني (" الإشعارات"). كما و أوافق على أن أتلقى الإشعارات وأنفهم بأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الإشعارات 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. وأنعهد بأنني لن أبأشر بإقامة أي دعوى أو شكوى أو مطالبة ضد متلايف جراء وقوع أي خطأ أو إنقطاع في الإشعارات و/أو لأي سبب من الأسباب جراء إستقبال أو عدم استقبال الإشعارات. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامي للإشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية أخطاء فنية.

٢. إرسال واستلام المستندات إلكترونياً: 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 ("البريد الإلكتروني"). أنا أنفهم وعلى دراية كاملة بأنه لدى اختياري لاستلام أو إرسال المستندات من خلال البريد الإلكتروني، فإنني أكون مسؤولاً عن إبقاء عنوان بريدي الإلكتروني الذي قدمته لمتلايف في هذا الطلب صحيحاً في جميع الأوقات، كما أكون مسؤول دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني الخاص بي أو توقفي 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 أقر وأوافق على أنه في حال رغبتني في تغيير عنوان بريدي الإلكتروني لدى متلايف، أو إذا كنت أرغب في الحصول على نسخة ورقية من المستندات، أو إذا كنت أعتقد بأنني لم أستلم المستندات الخاصة بي، أنفهم بأنه من واجبي إعلام متلايف فوراً بذلك.

من خلال 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 الطلب، و أعلن أنني قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام لمتلايف على www.metlife.com/about/privacy وسأراجع أي شروط استخدام مستقبلي أو بيان خصوصية لأي مقدمي الخدمات التي تستخدمها متلايف.

أفهم أنه على الرغم من أن متلايف تتخذ كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، متلايف لا يمكن أن تضمن سلامة المعلومات الخاصة بي.

أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بمتلايف وأقرّ بقبولي للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

(ل) 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 هذا الطلب لاجلهم أنا أفهم أن أية تصريحات أو إجابات غير صحيحة ، أو عدم الكشف عن أي حقيقة مادية ، قد يبطل العقد.

إسم الشخص المطلوب التأمين عليه
Name of Proposed Insured

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

X

التوقيع
Signature

إسم المالك (إذا كان غير الشخص
المطلوب التأمين عليه)
Name of Owner (if other
than Proposed Insured)

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

X

التوقيع
Signature

وقعت في
Signed at

مدينة
City

بلد
Country

في
on this

D

D

من يوم
day of

M

M

عام
20

Y

Y

Witness / Representative

I certify that the information supplied by the Proposed Insured(s) / Owner has been truthfully and accurately recorded on this application.

الشاهد / ممثل المستشار المالي المستقل

أصرح بأن المعلومات المقدمة من قبل الشخص المطلوب التأمين عليه / المالك صحيحة وكاملة و بدقة مسجلة بعناية في هذا الطلب

إسم الشاهد

Name of Witness

D

D

M

M

Y

Y

Y

Y

X

التوقيع
Signature

إسم المستشار المالي المستقل
Name of IFA

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.

the Central Bank of Bahrain as an company (overseas insurance licensee conventional insurance business), with a common capital stock of USD 40,000,000.



Metlife.com

شركة متلايف إنك (رمزها MET في بورصة نيويورك) من خلال فروعها والشركات التابعة لها ("متلايف")، هي شركة رائدة عالمياً في مجال التأمين على الحياة ودفعات الراتب السنوي والتأمين الجماعي للموظفين وإدارة الأصول، وتساعد عملاءها من الأفراد والشركات على المضي في دروب حياتهم المتغيرة.

تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، ولها عمليات في أكثر من ٤٠ بلداً وتنبؤاً متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة واليابان وأمريكا اللاتينية وآسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة www.metlife.com.

متلايف هي شركة تأمين رائدة في مجال التأمين على الحياة موجودة في منطقة الخليج منذ قرابة ٦٥ عامًا. ومن خلال الفروع التابعة لها، تقدم شركة متلايف تأمين على الحياة والحوادث وتأمين صحي، بالإضافة إلى برامج وخدمات التقاعد والادخار للأفراد والشركات.

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

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) مرخصة ومنظمة من قبل بنك البحرين المركزي كشركة (مرخص لها بالتأمين في الخارج- أعمال التأمين التقليدية)، برأس مال مشترك قدره ٤٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي.