

# نموذج بيانات الشخص المخول بالدفع Payor Details Form

(For Individuals) (الأفراد)



**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: الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)**

أفوض بموجبه  
, hereby authorize

Full Name of Policy Owner الاسم الكامل لمالك الوثيقة  
Full Name of Third Party Payor الاسم الكامل للشخص المخول بالدفع  
بالدفع نيابة عني الأقساط المستحقة بتاريخ  
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 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 الائتمان 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 السويفت  
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 الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) تحتفظ بالحق في قبول / رفض الدفع وفقاً لإرشادات الشركة.
  - يمكن السداد من خلال شيك مسطر للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة ومع ذلك فإن الدفعة لا تكون مقبولة لدى الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة 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 / بمكتب متلايف المحلي للتوجيه.

## Payor Details

## تفاصيل الشخص المخول بالدفع

الإسم الأول  First Name  
الإسم الأوسط  Middle Name  
الشهرة  Last Name  
الجنس  ذكر  أنثى  أعزب  متزوج  تاريخ الميلاد  
Gender Male Female Marital Status Single Married Date of Birth  
مدينة الولادة  دولة الولادة  Country of Birth  
رقم الهوية  تاريخ الانتهاء  Expiry Date  
ID No. Expiry Date  
رقم جواز السفر  تاريخ الانتهاء  Expiry Date  
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  اخرى 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 الأخرى "إن وجد"

Annual income  
الدخل السنوي

### 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

D D

M M

20

Y Y

Y Y

المدينة  
City

الدولة  
Country

اليوم  
Day

الشهر  
Month

السنة  
Year

الاسم الكامل لمالك الوثيقة  
Full name of Policy Owner

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

التوقيع  
Signature

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

الاسم الكامل للشاهد  
Full name of Witness

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

التوقيع  
Signature

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

البريد الإلكتروني  
E-mail us

صندوق بريد ٢٠٢٨١، المنامة ٣١٩، مملكة البحرين  
P.O. Box 20281, Manama 319, Kingdom of Bahrain

PolicyChange-Gulf@metlife.com

American Life Insurance Company (MetLife) is licensed and regulated by the Central Bank of Bahrain as an insurance company (overseas insurance license - conventional insurance business), with a common capital stock of US\$ 40,000,000. MetLife VAT ID - 200000407300002

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) شركة مرخصة وخاضعة لتنظيم مصرف البحرين المركزي كشركة تأمين (مرخص لها بالتأمين الخارجي - أعمال التأمين التقليدية)، برأس مال عادي يبلغ ٤٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي. معرف ضريبة القيمة المضافة لمتلايف ٢٠٠٠٠٤٠٧٣٠٠٠٠٢

American Life Insurance Company is a MetLife, Inc. Company