

نموذج بيانات الشخص المخول بالدفع Payor Details Form

(For Individuals) (للأفراد)



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

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

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

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

To: American Life Insurance Company (MetLife)

إلى: الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)

أفوض بموجبه , hereby authorize

بالدفع نيابة عني الأقساط المستحقة بتاريخ to pay on my behalf the premium due

Full Name of Policy Owner الاسم الكامل لمالك الوثيقة مقابل for

Full Name of Third Party Payor الاسم الكامل للشخص المخول بالدفع المبلغ بالكلمات Amount in words

Policy Number(s) رقم (أرقام) الوثيقة/الوثائق

المبلغ الواجب دفعه / المبلغ المدفوع هو The amount to be paid/paid amount is

Currency عملة Currency

من خلال made through

Wire Transfer

Credit Card

Cheque

Cheque number رقم الشيك

رقم الشيك

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب

رقم السويقت

رقم الحساب

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

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. صاحب الحساب. في حالة الدفع عن طريق بطاقة الإئتمان يرجى تقديم تفاصيل: اسم البنك، فرع البنك، العنوان، البلد، اسم

If paying by any other method, kindly provide all the required details mentioned below. في حالة الدفع عن طريق أي وسيلة أخرى يرجى تقديم كل التفاصيل أدناه:

Bank Name

Bank branch and address

Country

Account holder's Name

Swift Code

Account number

IBAN number

إسم البنك

فرع البنك والعنوان

الدولة

إسم صاحب الحساب

رقم السويقت

رقم الحساب

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

رقم الحساب المصرفي الدولي

ملاحظات:

- 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.

Payor Details تفاصيل الشخص المخول بالدفع

الإسم الأول First Name

الجنس Gender

مدينة الولادة City of Birth

رقم الهوية ID No.

رقم جواز السفر Passport No.

إسم الوالد Middle Name

الحالة الإجتماعية Marital Status

دولة الولادة Country of Birth

الشهرة Last Name

تاريخ الميلاد Date of Birth

تاريخ الانتهاء Expiry Date

تاريخ الانتهاء 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

20

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

صندوق بريد ٦٦٩، الصفاة ١٣٠٠٧ دولة الكويت
P.O. Box 669 Safat 13007, State of Kuwait

البريد الإلكتروني
E-mail us

PolicyChange-Gulf@metlife.com

American Life insurance Company - Registered under Ministry of
Commerce and Industry - Kuwait Registration No. 7245

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة - مسجلة لدى وزارة التجارة
والصناعة - الكويت رقم التسجيل ٧٢٤٥