

المكتب الإداري:

ص.ب. ٣٧١٩١٦ دبي - الإمارات العربية المتحدة
تليفون ٤٥٥٥ ٤١٥ ٤٩٧١ + فاكس ٤٤٤٥ ٤١٥ ٩٧١ +

تعليمات: يستخدم هذا الطلب للتقديم على قرض بضمان بوليصتك. للمساعدة بتعبئة الطلب، الرجاء الإتصال بخدمة العملاء.

المتطلبات: (١) طلب إتفاقية قرض بضمان البوليصه

رقم البوليصه	المؤمن عليه	الإسم الكامل	قيمة القرض المطلوب	المبلغ / العملة
--------------	-------------	--------------	--------------------	-----------------

بموجب شروط البوليصه المذكورة أعلاه، و التي تشكل جزءاً لا يتجزأ من هذا الإتفاق، يقر الموقع/الموقعان/الموقعون أدناه بإستلامه/بإستلامهما/بإستلامهم من الشركة مبلغ

الموقعون أدناه ويحولون/ويحولان/ويحولون إلى الشركة (مع كفالة صحة وكفاية هذا الرهن) كل حق وسند ومصلحة يتعلق بالبوليصه المذكورة وكذلك كل مبلغ من المال قد يصبح متوجب الدفع بموجبها، لضمان إعادة دفع كامل القرض الحالي وكافة القروض الأخرى المتوجبة للشركة مع إحتساب فائدة عليها بالمعدل المذكور في البوليصه المشار إليها أعلاه، إذا لم تدفع الفائدة المترتبة على القرض حين إستحقاقها فستضاف قيمتها إلى قيمة القرض في ذلك الحين وتسري عليها فائدة بالمعدل نفسه وبنفس الشروط. يجري دفع الفوائد والدفعات على حساب القرض في الأمكنة التي تدفع فيها أقساط التأمين كما هو منصوص عليه في البوليصه المذكورة مقابل إيصالات رسمية صادرة من الشركة تحمل توقيع الأشخاص المفوضين بتوقيع إيصالات إستلام أقساط التأمين المتوجبة على البوليصه.

يعطي هذا الرهن والتحويل للشركة أمتيازاً ! أولاً على البوليصه المذكورة يكون لها بمقتضاه حق الأولوية في أستيفاء كامل قيمة القرض، مع الفوائد المستحقة أو المتجمعة، من أية مبالغ قد يستحق دفعها بموجب البوليصه المذكورة.

عندما يصبح مجموع الدين المترتب على البوليصه المذكورة، بما فيه الفائدة المستحقة أو المتجمعة مساوياً أو مجاوزاً للقيمة النقدية للبوليصه في ذلك التاريخ عندئذ تنتهي البوليصه فوراً وتصبح ملغاة في التاريخ ووفق الشروط المنصوص عليها في البوليصه المذكورة. وإذا لم تتضمن البوليصه نصاً في هذا الشأن فتنتهي وتصبح ملغاة بعد ٣١ يوماً من تاريخ توجيه إنذار خطي بهذا الخصوص.

يوجه أي تبليغ بصدد هذا القرض ويرسل بالبريد إلى آخر عنوان بريدي معروف للمؤمن عليه، ولأي شخص محول له التأمين، كما هو مسجل في قيود الشركة. ويعتبر توجيه التبليغ على هذا النحو تبليغاً صحيحاً حتى ولو لم يتسلم المرسل إليه التبليغ أياً كان سبب ذلك.

كيف ترغب أن يدفع لك؟

 بموجب شيك بموجب صك بنكي بموجب تحويل إلى حسابك البنكي

إذا رغبت بالتحويل إلى حسابك البنكي، يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية :

رقم الحساب البنكي / رقم التعريف الدولي (IBAN) :			
إسم البنك	عنوان الفرع:		
رمز الفرع (إن وجد):	كود سويتفت (في حال عدم استخدام ال IBAN)		
كود الضمان المالي - IFS - الهند	سورت كود (المملكة المتحدة):		
المدينة:	روتينج كود (الولايات المتحدة)		
الدولة:			

(يمكن أن تحسم رسوم على الصك البنكي أو التحويل البنكي)

(أ) أُنح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية* ومشاركتها ونقلها إلى أي متلقي خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ العقد أو للائتمثال لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية وجهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بالشركة.

* ويقصد بالبيانات الشخصية كافة المعلومات التي تتعلق بي (سواء كانت مميزة على أنها معلومات «شخصية» من عدمه) التي يتم الإفصاح عنها إلى متلايف بأية وسيلة أياً كانت سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، حسبما يكون له صلة، بما في ذلك على سبيل المثال، لا الحصر، حالتني الطبية، العلاجات والوصفات الطبية والأعمال والعمليات وبيانات الاتصال وأرصدة الحساب/ الأنشطة أو أية معاملات يتم تنفيذها مع متلايف.

ب) اخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجبة التطبيق والنفاد على الشركة فيما يتعلق بالعقوبات الدولية وأوافق أنه لغرض الامتثال بالعقوبات المحلية والدولية بما في ذلك العقوبات الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية والأمم المتحدة، ويجوز للشركة وفق تقديرها الخاص اتخاذ أي إجراء تراه ملائماً فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصة التأمين الخاصة بي و/أو استمرار نفاذها.

إقرار قانون الإخضاع الضريبي للحساب الأجنبي FATCA:

يوافق المؤمن عليه/ المالك على قيام متلايف وموظفيها ووكلائها بالإفصاح عن أي معلومات سرية لـ:

- أي عضو مجموعة وممثلي «متلايف» في أي إقليم أو دولة كانت (معاً مع متلايف «الأطراف المسموح لهم»);
 - أي أشخاص حسب ما يكون مطلوب بموجب أي قانون (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية) أو جهة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر، وكالة خدمة العوائد الداخلية الأمريكية) لدى نطاق السلطة على أي من الأطراف المسموح لهم،
 - المستشارين المهنيين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونوا تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،
 - أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلايف بموجب هذه بوليصة (أو أي وكيل أو مستشار لأي من ما سبق) ، و
- المعلومات السرية: تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/ المالك (سواء حدد على أنه «سري» أم لم يحدد) والتي تم الإفصاح عنها بواسطة أي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تخص العمل التجاري أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه/ المالك (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال، رقم الهوية الضريبية/ رقم الضمان الاجتماعي، أرصدة الحسابات/ الأنشطة أو أي معاملات جارية مع متلايف).
- سوف تقوم متلايف باستقطاع أي ضريبة مفروضة بموجب قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية («FATCA»).

إرادتها المنفردة إذا لم يقدم المؤمن عليه/ المالك المستندات المثبتة لوضعه وما إذا كان خاضع للضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية (FATCA)، وذلك خلال المدة الممنوحة لذلك. وعلى وجه الخصوص، تحتفظ متلايف بالحق في فسخ الوثيقة إذا ما كانت القوانين أو اللوائح المحلية تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب البوليصة أو تمنع الإفصاح عن معلومات تتعلق بالبوليصة، ولم يتم الحصول على الموافقات اللازمة للاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

وقع في مكان المدينة / الدولة هذا اليوم ي ي من شهر ش ش ، ٢٠

أقر بمعرفتي بأن إعادة دفع جزء أو كامل مبلغ القرض سيتم من قبلي بموجب إنذار رسمي مكتوب إلى الشركة مع الإشارة والتنويه إلى المبلغ المدفوع ك: " دفعة على حساب القرض "

<input checked="" type="checkbox"/>	التوقيع	<input type="text"/>	الإسم كاملاً بخط يده / يدها	إسم مالك البوليصة
<input checked="" type="checkbox"/>	التوقيع	<input type="text"/>	الإسم كاملاً بخط يده / يدها	إسم المستفيد غير القابل للتغيير أو المتنازل له
<input checked="" type="checkbox"/>	التوقيع	<input type="text"/>	الإسم كاملاً بخط يده / يدها	إسم الشاهد عليه

للمساعدة

البلد	الإمارات العربية المتحدة	كويت	عمان	بحرين	قطر	أي بلد آخر
	٨٠٠ ٦٢٨٥٤٣٣	+٩٦٥ ٢ ٢٤٧ ٤٢٧٧	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥
البريد	ص.ب. ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة					
البريد الإلكتروني	customerservices.gulf@metlife.ae					
موقعنا	www.metlife-gulf.com					