

Application for Health Certificate



In connection with:

- ☐ Reinstatement ☐ Removal / Reduction in Rating
☐ Change in Plan ☐ Change in Coverage
☐ Addition of Benefits

American Life Insurance Company
Jaidah Square Building, Airport Road, 3rd Floor
Office 304A, PO Box 913, Doha, State of Qatar
Tel: +974 444 05 444, Fax: +974 444 05 445

Policy No.

Instructions: Use this form to request for any of the above changes to your individual life policy. Please complete this form in its entirety to avoid any delays in processing. If you need any assistance in completing this form, please contact our customer service representatives.

Requirement(s): (1) Copy of Valid I.D. and Visa page. (2) Third party pay form, in case the policy owner is not making the previous payment from his own funds. If the application for health certificate is signed outside UAE then the application and other supporting documents should be notarized by the country where it has been signed.

Notes:

- The request form is valid for only 30 days from the signature date and an expired request form will not be processed.
- All fields marked * and all sections are mandatory to be filled in the request form.
- Further requirements may be requested upon review of the request form.

SECTION 1: All insured details under the policy - Please fill both tables

	Full name of Insured / Joint Insured / Owner/ Spouse / Child (as applicable)	Nationality	Relationship to Policy Owner	I.D. No	Date of Birth	Height	Weight
1	Full Name						
2	Full Name						
3	Full Name						
4	Full Name						
5	Full Name						

	Full name of Insured / Joint Insured / Owner/ Spouse / Child (as applicable)	Current Residence		Employer's Name	Nature of Business	Daily Duties	
		City	Country				
1	Full Name						
2	Full Name						
3	Full Name						
4	Full Name						
5	Full Name						

Current Correspondence Address

Country		City / Town		P.O. Box	
Area / Street		City / Town		Flat/Villa No.	
Telephone*	Country Code	-	Area Code	-	
			Mobile No*	Country Code	- Area Code -
Email address *					

SECTION 2: Declarations: (Please tick each box to confirm) to be completed by policy owner

*If any part of the declarations cannot be confirmed, provide details in the Exceptions to the declaration at the end of this section.

I, the undersigned, declare that since the date of signing the application for the said policy,
I and all Insured's named above and covered in this policy:

Insured /Joint Insured
Signature

Signature

Policy Owner's Signature

Signature

1. Details of Payment:

Is the policy owner making the payments from their own funds?

YES

NO

☐

☐

If No, please proceed to complete the “payor details” form separately. If Yes, please proceed to complete the below details:
Kindly provide your bank account details, which you will be using to pay the premium

Bank Name*

Bank branch and address

Country

Account name*

Account number*

IBAN number (Note: depending on your region, you may not need to use all IBAN boxes)*

Note: Please fill the account details section in the third party payor form for both individual and corporate:

2. Annual Income in the last 12 months.

Currency

Amount

3. ☐ I / We have not had any change in the place of residence, nature of business, financial status, occupation, or hobbies.

4. ☐ I / We have not applied for new insurance, change in plan or reinstatement, which was declined, or postponed, withdrawn, or modified in kind, amount or rate.

5. ☐ I / We do not intend to travel during the next twelve months.

If ‘Yes’, here are the travel details:

Full Name	Destination - Country / City	Purpose	Duration

6. ☐ a. I / We do not intend to fly other than a fare-paying passenger in an aircraft operated by a commercial passenger airline on a scheduled service over an established passenger route.

☐ b. I / We do not undertake or have plans to undertake any hazardous sport or activity such as Diving, Mountain Climbing, etc.

7. ☐ Are in good health and do not intend to seek medical advice or undergo medical tests.

8. ☐ I / We have not met with any illness or accident, and have not consulted any medical facility, or done any tests including those connected with HIV or AIDS.

9. ☐ No deaths have occurred in the family (Parents, Brothers, Sisters).

10. ☐ If I am a female; I am not pregnant. (If yes, how many months?)

11. Smoker’s details:

Do you use or smoke any type of tobacco cigarettes, cigar, pipe, shisha, chewing?

YES

NO

☐

☐

If yes, type

quantity

per day

12. Non-smoker details:

If currently you are not using or smoking a tobacco product, have you ever smoked or used any type of tobacco (cigarettes, cigar, pipe shisha, chewing)?

☐

☐

Insured /Joint Insured Signature

Policy Owner’s Signature

	Insured	Joint Insured	Owner
What type you used to smoke?			
What is the quantity you used to smoke per day?			
For how long did you smoke?			
When did you stop?			

Exceptions to the Declaration*

No.	Details

Please mention in the below table the insurance details of active policies for both Insured and Owner (including personal accident coverage)

Name	Company’s Name	Policy No.	Amount	Effective Date	Rating	Type of Coverage	Benefits	Amount

- (a)
 I declare that each of the above answers is full, complete and true and agree that they shall be taken as the basis of the reinstatement, change or issue of the above insurance, and that such reinstatement, change or issue shall not be considered as affected by reason of settlement made in payment of or on account of the amount now due until this application shall be duly approved by the company, and that the receipt, retention, deposit or cashing or any such payment or settlement by the company or its agent shall not constitute a waiver or forfeiture, or otherwise affect this condition. I also understand that, notwithstanding any provisions to the contrary in said policy, the policy, but not any part thereof granting disability or accident benefits, if reinstated or modified in such a manner to increase the risk, shall become incontestable after it has been in force during the lifetime of the insured for two years from the date of this application, except for non-payment of premium, fraud and willful misrepresentation, and any part hereof granting Disability or Accident benefits.
- (b)
 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.
- (c)
Data Transfer: I hereby give MetLife unambiguous consent, to process, share, and transfer My personal data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to your Headquarters in the USA, MetLife branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where MetLife believe that the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of the Policy; (ii) assisting MetLife in the development of its business and products; (iii) improving MetLife 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 MetLife complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data.

For clarity, personal data means any data/information related to Insured and/or Insured’s family which might include any health, identity and financial information or contact details, disclosed to MetLife at any time.
- (d)
 I hereby authorize MetLife to send me notifications and notices via short message service “SMS” and I accept receiving SMS and understand that MetLife makes no warranty that the SMS 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 SMS error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving SMS.

U.S.A. Internal Revenue Service (IRS) declaration:*

In submitting and in signing this form, the applicant(s) certify(ies) that the Insured, Joint Insured, Applicant, and any designated Beneficiary(ies): (select the answer that applies)

☐ ARE ☐ ARE NOT United States persons for United States (U.S.) Federal Income Tax purposes ⁽¹⁾⁽²⁾

The Applicant(s) agree(s) to inform the Company within thirty (30) days of the Applicant(s) knowledge of such change if the Applicant(s) or any designated Beneficiary become(s) a U.S. person of U.S. Federal Income Tax purposes or if the Applicant(s) assign(s) the policy to such a U.S. person.

Please note that a false statement or misrepresentation of tax status by a U.S. person could lead to penalties under U.S. law.

If you are a United States person, fill in the details below:

- U.S. Tax ID number of Applicant(s) & Insured:
- U.S. Tax ID number of Beneficiary(ies):

Insured /Joint Insured Signature

X

Signature

Policy Owner’s Signature

X

Signature

1.

This question is for U.S. Federal Income Tax purposes. The U.S. Internal Revenue Service requires the Company to report the taxable income paid to persons subject to United States Federal Income Tax. PLEASE NOTE that if you are a U.S. person for U.S. tax purposes and fail to provide a U.S. Tax Identification Number to the Company, the IRS requires the Company to withhold tax from taxable income payments made to you at the rate of up to 30%.
2.

For purposes of this declaration a U.S. person is a citizen or resident of the United States, a United States partnership, and trust which is controlled by one or more U.S. persons and is subject to the supervision of a U.S. court.

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) declaration:

The Insured / Owner consents to MetLife, its officers and agents disclosing any confidential information to:

(i)

Any group member and representatives of MetLife in any jurisdiction (together with MetLife, the "Permitted Parties"):

(ii)

Any persons as required by any law (including but not limited to the U.S.A. Foreign Account Tax Compliance Act) or authority (including but not limited to the U.S.A. Internal Revenue Service) with jurisdiction over any of the Permitted Parties:

(iii)

Professional advisers, insurer, reinsurer or insurance broker and service providers of the Permitted Parties who are under a duty of confidentiality to the Permitted Parties:

(iv)

Any actual or potential assignee, novatee or transferee in relation to any of MetLife's rights and/or obligations under this Policy (or any agent or adviser of any of the foregoing).

"Confidential Information" means all information relating to the Insured / Owner (whether marked "confidential" or not) disclosed by whatever means either directly or indirectly to MetLife which concerns the business, operations or customers of the Insured / Owner (including but not limited to contact details, tax identification number / social security number, account balances/activities or any transactions undertaken with MetLife)."

MetLife will deduct any withholding required by the US Foreign Account Tax Compliance Act ("FATCA").

MetLife reserves the right, within its sole discretion, to terminate the policy in the event that appropriate documentation of Insured's / Owner's US or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to MetLife. In particular, in the event that applicable local laws or regulations would prohibit withholding on payments to the account or prohibit the reporting of the account, and no waiver of such local law is obtained, MetLife reserves the right to close the account.

CRS Declarations*

Please complete the following table indicating (i) where the account holder is tax resident and (ii) the account holder's TIN for each country/ jurisdiction indicated.

Note: If the account holder is a tax resident in more than three countries/jurisdictions, please use a separate sheet

If a TIN is unavailable please provide the appropriate reason A, B or C where indicated below:

Reason A

The country/jurisdiction where the account holder is resident does not issue TINs to its residents

Reason B

The account holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number. Please explain why you are unable to provide the required information

Reason C

No TIN is required. (Note. Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issued by such jurisdiction)

Country/Jurisdiction of tax residence	TIN Tax Identification number	If no TIN available enter Reason A, B or C	If Reason B Selected, please explain
1.			
2.			
3.			

Please complete below 4 questions if you are a tax resident in one of below countries:

Country/Jurisdiction of tax residence					
1. Antigua and Barbuda	5. Cyprus	9. Malta	13. Turks and Caicos Islands		
2. Bahamas	6. Dominica	10. Saint Kitts and Nevis	14. United Arab Emirates		
3. Bahrain	7. Grenada	11. Saint Lucia	15. Vanuatu		
4. Barbados	8. Malaysia	12. Seychelles	16. Panama		

Questions: (All questions are mandatory to answer*)

1.

Did you obtain residence rights under a Citizenship by Investment (CBI)/Residence by Investment (RBI) Scheme?*
If 'Yes' write type of Scheme below.....

☐

YES

☐

NO

☐

 Citizenship by Investment (CBI)

☐

 Residence by Investment (RBI)

2.

Do you hold residence rights in any other country?* If 'Yes' Please mention country name below

☐

YES

☐

NO

3.

Have you spent more than 90 days in any other country (ies) during the previous year?* If "Yes" Please mention the country name below.....

☐

YES

☐

NO

4. In which jurisdiction(s) have you filed personal income tax returns during the previous year?*

Please add country name. If you didn't file income tax returns in any country please mention not applicable.

I understand that the information supplied by me is covered by the full provisions of the terms and conditions governing the account holder's relationship with MetLife setting out how MetLife may use and share the information supplied by me.

I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the account holder and any reportable account(s) may be reported to the tax authorities of the country/jurisdiction in which this account(s) is/are maintained and exchanged with tax authorities of another country/ jurisdiction or countries/jurisdictions in which the account holder may be tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

I certify that I am the Account Holder (or am authorized to sign for the Account Holder) of all the account(s) to which this form relates.

I declare that all statements made in this declaration are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.

I undertake to both advise **MetLife** of any change in circumstances which affects the tax residency status of the individual identified in the application or in this form or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide **MetLife** with a suitably updated Self-Certification and Declaration, within 90 days of such change in circumstances.

E-mail Declaration:

By providing your E-mail address and signing this application you agree to receive the policy document, certificate and / or any other documents ["Documents"] via electronic mail ["E-mail"]. Please be aware that having chosen this electronic delivery of Documents, it is your responsibility to ensure that the E-mail address you have provided us is correct at all times.

MetLife is not responsible for non-receipt of E-mails due to invalid E-mail addresses or other technical problems related to your E-mail service.

If you would like to change your E-mail address with MetLife, or if you would like a paper copy of the Documents, or if you believe that you have not received your Documents, please notify us immediately.

By signing this application, you understand and agree that if you wish to discontinue receiving Documents electronically it is your obligation to revoke this Authorization by another written document.

By signing this application also, you declare that you have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy and you will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife. You understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of members' information, MetLife cannot guarantee safety of your information. You consent to provide your E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

I have paid on account of charge for reinstatement, change or issue on insurance under policy number

stated above in accordance with the provision of the conditional receipt bearing the number of this application

Signatures*

Signed at	City	Country	D	D	M	M	20	Y	Y
Full Name of Policy Owner	Full Name in his/her own handwriting		Signature		X				
Full Name of Irrevocable Beneficiary or Assignee	Full Name in his/her own handwriting		Signature		X				
Witness name and signature is not necessary if the customer is submitting directly to MetLife									
Full Name of Witness / Agent	Full Name in his/her own handwriting		Signature		X				
Agent Code									

Need help?

How to contact us						
Country	UAE	Kuwait	Oman	Bahrain	Qatar	Any other Country
Call us	800 - MetLife (800 - 6385433)	+965 2 208 9333	800 70708	800 08033	800 9711	+971 4 415 4555
Mail us	P.O. Box 913, Doha, Qatar					
E-mail us	CustomerCare.QA@metlife.com					
Website	www.metlife-gulf.com					

How to submit the form

Please send **original** documents to:

American Life Insurance Company

Jaidah Square Building,
Airport Road, 3rd Floor
Office 304A, PO Box 913,
Doha, State of Qatar

American Life Insurance Company registered under the Ministry of Economy and Commerce, State of Qatar – Registration No. 490.
American Life Insurance Company, trading as “MetLife” is licensed by Qatar Central Bank.

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)

مبنى ميدان جيده طريق المطار، الطابق الثالث، صندوق بريد ٩١٢ مكتب رقم ٨٣٠٤

الدوحة، دولة قطر هاتف رقم ٠٠٩٧٤٤٤٤٠٥٤٤ فاكس رقم ٠٠٩٧٤٤٤٤٠٥٤٤

☐ إزالة / انخفاض التصنيف

☐ إعادة سريان

☐ التغيير في التغطية

☐ التغيير في الخطة

☐ إضافة مزايا

الوثيقة رقم

تعليمات: استخدم هذا النموذج لطلب أي من التغييرات المذكورة أعلاه على وثيقة التأمين على الحياة الفردية الخاصة بك. يرجى ملء هذا النموذج بالكامل لتجنب أي تأخير في المعالجة. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في ملء هذا النموذج، يرجى الاتصال بممثلي خدمة العملاء لدينا.

المتطلبات: (١) صورة من هوية صالحة وصفحة تأشيرة، (٢) نموذج "دافع الطرف الثالث"، في حالة عدم قيام صاحب الوثيقة بسداد الدفعة السابقة من أمواله الخاصة. إذا تم توقيع طلب الشهادة الصحية خارج دولة الإمارات العربية المتحدة، فيجب أن يتم توثيق الطلب والوثائق الداعمة الأخرى من جانب البلد التي تم التوقيع بها.

ملاحظات:

١. نموذج الطلب صالح لمدة ٣٠ يومًا فقط من تاريخ التوقيع ولن تتم معالجة نموذج الطلب المنتهي الصلاحية.

٢. جميع الخانات التي تحمل علامة * وجميع الأقسام إلزامية ملؤها في نموذج الطلب.

٣. قد يتم طلب متطلبات أخرى عند مراجعة نموذج الطلب.

القسم ١: جميع تفاصيل المؤمن عليه بموجب الوثيقة - يرجى ملء كلا الجدولين

الاسم الكامل للمؤمن عليه / المؤمن عليه المشترك / صاحب الوثيقة / الزوج (الزوجة) / الطفل (حسب الاقتضاء)	الجنسية	العلاقة بصاحب الوثيقة	رقم بطاقة الهوية	تاريخ الميلاد	الطول	الوزن
الاسم الكامل						
الاسم الكامل						
الاسم الكامل						
الاسم الكامل						
الاسم الكامل						

الاسم الكامل للمؤمن عليه / المؤمن عليه المشترك / صاحب الوثيقة / الزوج (الزوجة) / الطفل (حسب الاقتضاء)	المدينة	الدولة	اسم صاحب العمل	طبيعة العمل	الواجبات اليومية
الاسم الكامل					
الاسم الكامل					
الاسم الكامل					
الاسم الكامل					
الاسم الكامل					

عنوان المراسلات الحالي

البلد المدينة / البلدة ص.ب

المنطقة / الشارع المبنى رقم الشقة / الفيلا

الهاتف * - رمز البلد - رمز المنطقة - الجوال * - رمز البلد - المنطقة

البريد الإلكتروني *

القسم ٢: الإقرارات: (يرجى وضع علامة في كل مربع للتأكيد) يقوم صاحب الوثيقة بملء هذا الجزء

* إذا تعذر تأكيد أي جزء من الإقرارات، فيرجي تقديم التفاصيل في جزء "استثناءات الإقرارات" الوارد في نهاية هذا القسم.

أقر أنا الموقع أدناه، بأنه منذ تاريخ توقيع طلب الوثيقة المذكورة، فإنني وجميع المؤمن عليهم المذكورين أعلاه والمشمولين في هذه الوثيقة:

١. تفاصيل الدفع:

لا ☐ نعم ☐

هل يقوم صاحب الوثيقة بالدفع من أمواله الخاصة؟

إذا كانت الإجابة هي "لا"، يرجى المتابعة لإكمال نموذج "بيانات الشخص المخول بالدفع" بشكل منفصل. إذا كانت الإجابة هي "نعم"، يرجى المتابعة لإكمال التفاصيل أدناه: يرجى تقديم تفاصيل حسابك البنكي، والتي سوف تستخدمها لدفع القسط

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المؤمن عليه والمؤمن عليه المشارك (حيثما ينطبق)

اسم البنك*	
فرع البنك وعنوانه:	
البلد	
اسم الحساب*	
رقم الحساب*	

رقم IBAN (ملاحظة: حسب منطقتك، قد لا تحتاج إلى استخدام جميع مربعات IBAN) *

□ □

ملاحظة: يرجى مراجعة قسم تفاصيل الحساب في "نموذج دافع الطرف الثالث" لكل من الأفراد والشركات.

٢. الدخل السنوي في آخر ١٢ شهرًا.	العملة	المبلغ
----------------------------------	--------	--------

٣. ☐ ليس لدى / لدينا أي تغيير في محل الإقامة، أو طبيعة العمل، أو الوضع المالي، أو المهنة، أو الهوايات.

٤. ☐ لم أتقدم / نتقدم بطلب للحصول على تأمين جديد أو تغيير في الخطة أو إعادة سريان، والذي تم رفضه أو تأجيله أو سحبه أو تعديله عينيًا أو في المبلغ أو السعر.

٥. ☐ لا أعتزم / نعتزم السفر خلال الاثنى عشر شهراً القادمة.

إذا كانت الإجابة هي "نعم"، فإليك تفاصيل السفر:

الاسم الكامل	الوجهة - البلد / المدينة	الغرض	المدة

٦. ☐ لا أعتزم / نعتزم السفر إلا كراكب / ركاب يدفعون سعر التذكرة على متن طائرة تابعة لشركة طيران تجارية بخدمة مجدولة عبر مسارات محددة للركاب.

٧. ☐ لا أمارس / نمارس ولا أخطط / نخطط لممارسة أي رياضة أو أنشطة خطيرة مثل الغوص وتسلق الجبال، إلخ.

٨. ☐ أتمتع بصحة جيدة ولا أعتزم طلب المشورة الطبية أو الخضوع لفحوصات طبية.

٩. ☐ لم أعاني / تعاني من أي مرض أو حادث، ولم أستشر / نستشر أي منشأة طبية، ولم أجري / نجري أي فحوصات بما في ذلك تلك المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز.

١٠. ☐ إذا كنت أنثى؛ فأنا لست حامل. (إذا كانت حامل، ففي أي شهر من الحمل؟)

١١. ☐ لا وفيات حدث في العائلة" (الوالدين؛ الأخوة، الأخوات

١٢. تفاصيل تتعلق بالمدخنين:

هل تستخدم أو تدخن أي نوع من التبغ، أو السجائر، أو الغليون، أو الشيعة، أو المضغ؟

نعم ☐ لا ☐

في اليوم	الكمية	إذا كانت الإجابة هي "نعم"، اكتب
----------	--------	---------------------------------

بيانات غير المدخنين

إذا كنت لا تستخدم أو تدخن حاليًا منتجًا للتبغ، فهل سبق أن دخت أو استخدمت أي نوع من التبغ (السجائر، السيجار، الشيشة، الغليون، المضغ)؟

المؤمّن عليه	المؤمّن عليه المشترك	صاحب الوثيقة

ما هو نوع التدخين الذي تستخدمه؟

ما هي الكمية التي استخدمتها للتدخين في اليوم؟

ما هي المدة التي كنت تدخن فيها؟

متى توقفت عن التدخين؟

ولماذا توقفت؟

توقيع	توقيع صاحب الوثيقة	توقيع	توقيع المؤمن عليه والمؤمن عليه المشارك (حيثما ينطبق)
X		X	

الرقم	التفاصيل

يرجى التوضيح في الجدول أدناه تفاصيل التأمين الخاصة بالوثائق النشطة لكل من المؤمن عليه وصاحب الوثيقة (بما في ذلك تغطية الحوادث الشخصية)

الاسم	اسم الشركة	رقم الوثيقة	المبلغ	تاريخ التغطية	التصنيف	نوع التغطية	المزايا	المبلغ

الاقراءات

أ. أقر بأن كل الإجابات المذكورة أعلاه كاملة ومكتملة وصحيحة وأوافق على الاستعانة بها كأساس لإعادة سريان أو التغيير أو إصدار أنواع التأمين المذكورة أعلاه، وأن إعادة السريان أو التغيير أو الإصدار على هذا النحو لا يتأثر نتيجة لتسوية دفع المبلغ المستحق حاليًا حتى يتم اعتماد هذا الطلب حسب الأصول من قبل الشركة، وأن إيصال أو استبقاء أو إيداع أو صرف أو أي دفع أو تسوية من هذا القبيل من قبل الشركة أو وكيلها لا يشكل تنازلاً أو تخلياً عن ذلك الشرط أو يؤثر عليه بطريقة أخرى. كما أدرك أيضًا أنه، بغض النظر عن أي أحكام تتعارض مع ذلك في الوثيقة ذات الصلة، فإن الوثيقة، ولكن ليس أي جزء منها يمنح مزايا العجز أو الحوادث، إذا أعيد تأمينها أو تعديلها بطريقة تزيد من المخاطر، تصبح غير قابلة للتنازع بعد أن كانت سارية المفعول خلال عمر المؤمن له لمدة عامين من تاريخ هذا الطلب، باستثناء عدم دفع قسط التأمين والاحتيايل والتضليل المتعمد، وأي جزء منها يمنح مزايا العجز أو الحوادث.

ب. أدرك أن التغطية و / أو الدفع بموجب عقد التأمين لن يتم في الحالات التالية: (١) إذا كان حامل وثيقة التأمين أو المؤمن عليه أو الشخص الذي يحق له الحصول على هذه المدفوعات يقيم في بلد يخضع لعقوبة؛ أو (٢) إذا كان حامل وثيقة التأمين أو المؤمن عليه أو الشخص الذي يحق له الحصول على هذه المدفوعات مدرج في قائمة مكتب مراقبة الأصول الأجنبية (OFAC) ضمن المواطنين المحظورين والمحدد بشكل خاص (SDN) أو قائمة تحديد العقوبات القطاعية لدى مكتب مراقبة الأصول الأجنبية (OFAC) أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى؛ أو (٣) إذا كانت المطالبة بالدفع تتعلق بخدمات تم الحصول عليها في أي بلد خاضع للعقوبة.

أدرك كذلك أن الشركة لن تكون مسؤولة عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي تغطية أو ميزة تأمينية إلى الحد الذي يؤدي فيه تقديم هذه التغطية أو الميزة التأمينية إلى تعريض الشركة لأي عقوبة بموجب أي قوانين معمول بها.

ج. **تحويل البيانات:** أنا أمنح متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتك الشخصية إلى 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 الشقيقة ، شركات إعادة التأمين، شركائنا في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما تعتقد متلايف بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدة متلايف في تطوير منتجاتها وأعمالها، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى متلايف، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة لمتلايف. متلايف تضمن بأن يلزم المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على و لضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإن متلايف تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية. لغايات التوضيح، تعني بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

د. أخول وأصرح بموجبه لمتلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات عبر خدمة الرسائل النصية القصيرة "SMS" وأوافق على تلقي الرسائل القصيرة وأدرك أن متلايف لا تقدم أي ضمانات بأن الرسائل النصية القصيرة لن تتوقف أو تخلو من الأخطاء، ولن يتم اعتبار أو معاملة أي خطأ أو توقف من هذا القبيل بأي شكل من الأشكال كمصدر يشكل مسؤولية على متلايف، وأقر أنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد متلايف عن أي خطأ في الرسائل القصيرة أو توقف لها أو لأي سبب يتعلق بتلقي/ عدم تلقي الرسائل النصية القصيرة.

إقرار دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية (IRS)*

يشهد مقدم الطلب (الطلبات)، لدى تقديم هذا النموذج وتوقيعه، بأن المؤمن عليه والمؤمن عليه المشترك ومقدم الطلب وأي مستفيد (مستفيدين) معين:

(حدد الإجابة التي تنطبق)

☐ مواطنًا أمريكيًا ☐ ليس مواطنًا أمريكيًا لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية (١) (٢)

يوافق مقدم الطلب (مقدمو الطلبات) على إبلاغ الشركة في غضون ثلاثين (٣٠) يومًا من معرفة مقدم الطلب بهذا التغيير في المعلومات.

إذا أصبح مقدم الطلب (مقدمو الطلبات) أو أي مستفيد معين مواطنًا أمريكيًا لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية أو إذا قام مقدم الطلب بالتنازل عن وثيقة التأمين إلى ذلك المواطن الأمريكي. يرجى ملاحظة أن تقديم أي بيان كاذب أو محرف للحالة الضريبية من قبل مواطن أمريكي قد يؤدي إلى فرض عقوبات بموجب قانون الولايات المتحدة. إذا كنت مواطنًا أمريكيًا، فاملأ التفاصيل أدناه:

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي لمقدم الطلب (مقدمي الطلبات) والمؤمن عليه:

• رقم التعريف الضريبي الأمريكي للمستفيد (المستفيدين):

١. هذا السؤال لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية. تتطلب دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية من الشركة الإفصاح عن الدخل الخاضع للضريبة المدفوع لأشخاص يخضعون لضريبة الدخل الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية. يرجى ملاحظة أنه إذا كنت مواطنًا أمريكيًا لأغراض الضريبة في الولايات المتحدة ولم تقدم رقم التعريف الضريبي الأمريكي للشركة، فإن دائرة الإيرادات الداخلية تطلب من الشركة اقتطاع الضريبة من مدفوعات الدخل الخاضعة للضريبة التي تم دفعها إليك بنسبة تصل إلى ٣٠٪.

٢. لأغراض هذا الإقرار الشخص الأمريكي هو مواطن أمريكي أو شخص مقيم في الولايات المتحدة، أو شراكة بالولايات المتحدة، أو شركة إدارة أموال يسيطر عليها شخص أمريكي واحد أو أكثر تخضع لإشراف محكمة أمريكية.

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المؤمن عليه والمؤمن عليه المشارك
(حيثما ينطبق)

أقرار قانون الامتثال الضريبي للحسابات الاجنبية FATCA

يوافق المؤمن عليه / صاحب الوثيقة على اطلاع متلايف وموظفيها ووكلائها عن أي معلومات سرية إلى:

(١) أي عضو في المجموعة وممثلي متلايف في أي ولاية قضائية (ويشار إليهم مع متلايف بلفظ "الأطراف المسموح بها")؛

(٢) أي شخص وفقاً لما يقتضيه أي قانون (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية) أو سلطة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية) لها اختصاص على أي من الأطراف المسموح بها؛

(٣) المستشارون المهنيون، وشركة التأمين، ومعبد التأمين أو وسيط التأمين ومقدمو الخدمات للأطراف المسموح بها الذين يقع عليهم واجب السرية تجاه الأطراف المسموح بها؛

(٤) أي متنازل إليه أو محال له أو منقول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بأي من حقوق و / أو التزامات متلايف بموجب هذه الوثيقة (أو أي وكيل أو مستشار لأي مما سبق)؛

"المعلومات السرية" تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه / صاحب الوثيقة (سواء كانت محددة على أنها "سرية" أم لا) والتي تم الإفصاح عنها بأي وسيلة إما بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تتعلق بأعمال أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه / صاحب الوثيقة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، تفاصيل الاتصال، أو رقم التعريف الضريبي / رقم الضمان الاجتماعي، أو أرصدة / أنشطة الحساب أو أي معاملات تتم مع متلايف).

تقوم متلايف بخصم أي اقتطاع مطلوب بموجب قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الولايات المتحدة ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق، وفق مطلق تقديرها، في إنهاء الوثيقة في حالة عدم تقديم الوثائق المناسبة لوضع المؤمن عليه / صاحب الوثيقة من حيث كونه مواطناً أمريكياً أو غير أمريكي

لأغراض قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية في الوقت المناسب إلى متلايف. على وجه الخصوص، في حالة حظر القوانين أو اللوائح المحلية المعمول بها الاقتطاع من الحساب أو حظر الإبلاغ المالي عن الحساب، ولم يتم الحصول على أي إعفاء من هذا القانون المحلي، تحتفظ متلايف بالحق في إغلاق ذلك الحساب.

إقرار الاعتماد الذاتي للإقامة الضريبية للأفراد حسب معيار الإبلاغ المشترك*

معيار الإبلاغ المشترك (CRS)، هو معيار لتبادل المعلومات الضريبية وضعت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)

وتتم الموافقة عليه في ١٥ يوليو ٢٠١٤.

يُرجى إكمال الجدول التالي الذي يوضح (١) الموطن الضريبي لصاحب الحساب و(٢) رقم التعريف الضريبي لصاحب الحساب لكل بلد / ولاية قضائية محددة.

ملاحظة: إذا كان صاحب الحساب مقيماً لأغراض الضريبة في أكثر من ثلاث بلدان / ولايات قضائية، فيرجى استخدام ورقة منفصلة

إذا لم يتوفر رقم التعريف الضريبي، يرجى ذكر السبب المناسب "أ" أو "ب" أو "ج" على النحو الوارد أدناه:

السبب "أ"

البلد / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر رقم تعريف ضريبي للمقيمين بها

السبب "ب"

يتعذر على صاحب الحساب الحصول على رقم تعريف ضريبي أو رقم معادل. يرجى توضيح سبب عدم قدرتك على توفير المعلومات المطلوبة

السبب "ج"

رقم التعريف الضريبي غير مطلوب (ملاحظة: يرجى تحديد هذا السبب فقط إذا كان القانون المحلي للولاية القضائية ذات الصلة لا يتطلب الحصول على رقم التعريف الضريبي الصادر عن هذه الولاية القضائية).

البلد / الولاية القضائية للإقامة الضريبية	رقم التعريف الضريبي	إذا لم يتوفر رقم التعريف الضريبي، أدخل السبب "أ" أو "ب" أو "ج"	إذا تم اختيار السبب "ب"، فيرجى التوضيح
١٠			
٢٠			
٣٠			

يرجى إكمال الأربعة أسئلة أدناه إذا كنت مقيماً لأغراض الضريبة في أحد البلدان التالية

دولة/ولاية الإقامة الضريبية			
١- أنتيغوا وبربودا	٥- قبرص	٩- مالطا	١٣- جزر تركس وكايكوس
٢- جزر البهاما	٦- دومينيكا	١٠- سانت كيتس ونيفيس	١٤- الإمارات العربية المتحدة
٣- البحرين	٧- غرينادا	١١- سانت لوسيا	١٥- فانواتو
٤- باربادوس	٨- ماليزيا	١٢- سيشيل	١٦- بنما

الأسئلة: (يلزم الإجابة*)

١. هل حصلت على حقوق الإقامة بموجب برنامج الحصول على الجنسية عن طريق الاستثمار (CBI)/الإقامة عن طريق الاستثمار (RBI) ؟*

إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر نوع البرنامج أدناه.....

لا ☐ نعم ☐

التوقيع

توقيع صاحب الوثيقة

التوقيع

توقيع المؤمن عليه والمؤمن عليه المشارك (حيثما ينطبق)

الحصول على الجنسية عن طريق الاستثمار (CBI) ☐

الإقامة عن طريق الاستثمار (RBI) ☐

٢. هل لديك حق الإقامة في أي دولة أخرى؟* إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه..... ☐ نعم ☐ لا

٣. هل قضيت أكثر من ٩٠ يومًا في أي دولة (دول) أخرى خلال العام السابق؟* ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة «نعم»، يرجى ذكر اسم الدولة أدناه.....

٤. في أي ولاية (ولايات) قضائية قدمت إقرارات ضريبة الدخل الشخصية خلال العام السابق؟*
رجاء إضافة اسم الدولة. إذا لم تكن قد قدمت إقرارات ضريبة الدخل في أي دولة، يرجى ذكر أن هذا البند لا ينطبق.

أدرك أن المعلومات التي قدمتها تخضع للأحكام الكاملة للبنود والشروط التي تحكم علاقة صاحب الحساب مع متلايف والتي تحدد كيفية قيام متلايف باستخدام ومشاركة المعلومات التي أقدمها.

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج والمعلومات المتعلقة بصاحب الحساب وأي حساب (حسابات) قد يتم الإفصاح عنها إلى السلطات الضريبية في البلد / الولاية القضائية التي يتم الاحتفاظ فيها بهذا الحساب (الحسابات) وتبادله مع السلطات الضريبية لبلد (بلدان) / ولاية (ولايات) قضائية أخرى يخضع فيها صاحب الحساب للضرائب بموجب اتفاقيات حكومية دولية لتبادل معلومات الحساب المالي.

أقر بأنني صاحب الحساب (أو مخول بالتوقيع بالنيابة عن صاحب الحساب) عن الحساب أو الحسابات المتعلقة بهذا النموذج

أقر بأن جميع البيانات الواردة في هذا الإقرار، على حد علمي واعتقادي، صحيحة وكاملة

أتعهد بإبلاغ متلايف بأي تغيير في الظروف من شأنه أن يؤثر على حالة الإقامة الضريبية للشخص المحدد في الطلب أو في هذا النموذج أو يجعل المعلومات الواردة في هذا النموذج غير صحيحة أو غير كاملة، كما أتعهد بتزويد متلايف بإقرار وتصديق ذاتي محدث حسب الأصول في غضون ٩٠ يومًا من هذا التغيير في الظروف.

إقرار البريد الإلكتروني:

١. الإشعارات: أأخول بموجبه متلايف أن ترسل لي الإشعارات والإخطارات إلكترونياً (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، خدمة الرسائل النصية القصيرة "SMS" ورسائل البريد الإلكتروني وأي وسيلة أو وسائل إلكترونية أخرى للاتصالات والمراسلات "الإشعارات"). وأوافق على تلقي الإشعارات وأدرك أن متلايف لا تقدم أي ضمانات بأن الإشعارات لن تتوقف أو تخلو من الأخطاء، ولن يتم اعتبار أو معاملة أي خطأ أو توقف من هذا القبيل بأي شكل من الأشكال كمصدر لخلق أي مسؤولية على متلايف، وأقر أنني لن أقدم أي شكوى أو مطالبة ضد متلايف عن أي خطأ في الإشعارات أو توقف لها أو لأي سبب يتعلق بتلقي / عدم تلقي تلك الإشعارات. كما لا تتحمل متلايف أي مسؤولية عن عدم تلقي الإشعارات بسبب عدم صلاحية العناوين أو أي مشاكل فنية أخرى.

٢. إرسال الوثائق واستلامها إلكترونياً: من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني وتوقيع هذا الطلب، أوافق على استلام وثيقة التأمين والشهادة و / أو أي مستندات أخرى من متلايف وإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بالوثيقة ("الوثائق") إلى متلايف عبر البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). أدرك تماماً أنه بموجب اختيار هذه الوسيلة الإلكترونية لإرسال المعلومات والوثائق أو استلامها، فإنني أتحمّل مسؤولية التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته في هذا الطلب في جميع الأوقات، كما أتحمّل مسؤولية إبلاغ متلايف على الفور في حال تغيير عنوان البريد الإلكتروني أو التوقف عن استلام الوثائق. أوافق على أن جميع المعلومات والوثائق المرسلة إلى عنوان بريدي الإلكتروني أو المستلمة منه على النحو الوارد في هذا الطلب تعتبر صالحة وتُعتبر عني أو مرسلة لي شخصياً. ولا تتحمل متلايف مسؤولية عدم استلام رسائل البريد الإلكتروني بسبب عناوين البريد الإلكتروني غير الصالحة أو أي مشكلات فنية أخرى تتعلق بخدمة البريد الإلكتروني.

أقر بأنه إذا اخترت تغيير عنوان بريدي الإلكتروني الخاص بالمراسلة مع متلايف، أو إذا كنت أرغب في استلام نسخة ورقية من الوثائق، أو إذا لم أتسلم الوثائق المطلوبة، فسوف أخطر متلايف على الفور. بتوقيع هذا الطلب، أدرك وأوافق على أنه إذا كنت أرغب في التوقف عن استلام الوثائق إلكترونياً، فإنه يجب على إلغاء هذا التفويض من خلال مستند كتابي آخر. وبتوقيع هذا الطلب أيضاً، أقر بأنني قد قرأت وفهمت سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام الخاصة بمتلايف والمتوفرة على

www.metlife-gulf.com/en/privacy-policy وسأقوم بمراجعة أي شروط استخدام أو بيان خصوصية لأي من مقدمي الخدمات في المستقبل ممن تستعين بهم متلايف.

أدرك أنه على الرغم من اتخاذ متلايف كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، لا تضمن متلايف سلامة معلوماتي. أوافق على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم إدراجه في قائمة البريد الإلكتروني لمتلايف وأقبل أي مخاطر كامنة تتعلق باتصالات البريد الإلكتروني.

لقد قمت بدفع من أجل إعادة السريان، تغيير، أو إصدار التغطية تحت البوليصة المذكورة اعلاه بموجب شروط إيصال الدفع

المشروط حامل رقم هذا النموذج.

يوم	يوم	شهر	شهر	سنة	سنة	٢٠	المدينة	البلد	موقع في

الاسم الكامل لصاحب الوثيقة

الاسم الكامل للمستفيد أو المتنازل إليه غير القابل للتغيير والمؤمن عليه المشارك

اسم الشاهد و التوقيع ليس مطلوباً اذا قدم العميل الطلب للمتلايف مباشرة

الاسم الكامل للشاهد / الوكيل

رمز الوكيل

للمساعدة

كيفية تقديم النموذج	كيفية الاتصال بنا						
يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى: الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة مبنى ميدان جيه طريق المطار، الطابق الثالث، صندوق بريد ٩١٣ مكتب رقم ٨٣٠٤ الدوحة، دولة قطر	البلد	الإمارات	كويت	عمان	بحرين	قطر	من أي دولة أخرى
	الهاتف	٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣ (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣)	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥
	البريد	صندوق بريد ٩١٣، الدوحة، قطر					
	البريد الإلكتروني	CustomerCare.QA@metlife.com					
	الموقع الإلكتروني	www.metlife-gulf.com					

أميركان لايف إنشورنس كومباني مسجلة لدى وزارة الاقتصاد والتجارة في دولة قطر، رقم التسجيل ٤٩٠. أميركان لايف إنشورنس كومباني، الاسم التجاري "متلايف" مرخصة من قبل مصرف قطر المركزي.

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة هي شركة تابعة لمتلايف انك