



## معلومات عن المستفيد

بالعربية: الإسم	إسم الأب	إسم العائلة
بالأجنبية:	تاريخ الولادة	يوم شهر سنة
الجنسية	مكان الولادة	بلدة الولادة
رقم الهوية	نوع الهوية	تاريخ انتهاء الصلاحية
جنسيات أخرى	نوع ورقم الوثيقة	تاريخ انتهاء الصلاحية
جنسيات أخرى	نوع ورقم الوثيقة	تاريخ انتهاء الصلاحية
المهنة		
٢- بلد الإقامة خلال الأشهر ١٢ الماضية:		
عنوان السكن: بناية	طابق	شارع
منطقة	قضاء	محافظة
الهاتف	الخليوي	رمز البريد
		البريد الإلكتروني
٣- عنوان المراسلات: ص.ب.		

## اقرارات

١- تصريح قانون الالتزام بضريبة الحسابات الأجنبية (FATCA) من المفهوم أن الشخص الأمريكي الجنسية لغرض الاقرار هنا، هو شخص من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو الشخص المقيم في الولايات المتحدة الأمريكية (بما فيها الشخص الحامل الإقامة الدائمة في الولايات المتحدة الأمريكية ولو يكن مقيماً خارجها)، الشركات الأمريكية أو أي صندوق ائتماني بديره، يشرف أو يسيطر عليه شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية.

هل أي من المستفيدين الآخرين شخصاً أمريكياً؟  لا  نعم (إذا كانت الإجابة نعم. أذكر مايلي)

- رقم الشهادة الضريبية الأمريكية الخاصة بالمستفيدين .....

أقرّ بأنني لست أميركي الجنسية كما هو معرف أعلاه.

أن أي من المستفيدين المعينين هو ليس أميركي الجنسية كما هو معرف أعلاه.

أوافق على أنه لدى علمي بأي تغيير بالنسبة للاقرار أعلاه أو أية معلومات أخرى واردة في هذا الطلب، أو اذا أصبحت أنا أو أي مستفيد آخر أميركي الجنسية فسوف أبلغ الشركة بمثل هذا التغيير خلال ٣٠ يوماً من علمي بذلك.

أوافق أن هذا الاقرار هو لغرض التقيد بالأنظمة الأمريكية الخاصة بمراقبة تداول الأوراق المالية وأحكام ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية وأي اقرار غير صحيح أو أي تصريح خاطئ بشأن الوضع الضريبي لأي

شخص أميركي قد يعرضني للملاحقة الجزائية بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية. أقرّ وأفيد بأنني على علم وأوافق على أنه ولغرض أحكام قانون الالتزام بضريبة الحسابات الأجنبية (FATCA) - وهو قانون أميركي مصمم لتحديد الملكية الأمريكية للحسابات الأجنبية في مؤسسات مالية غير أميركية، بما يشمل الصناديق الغير أميركية - أقوم بموجب هذا بتقويض الشركة (معاً مع موظفيها، ومستخدميها ومدوبيها)، بصفتي مستفيد على بوليصة تأمين لدى الشركة بمعالجة ونقل أي من بياناتي الشخصية إلى IRS الأمريكية (خدمة العوائد الداخلية في الولايات المتحدة الأمريكية) بما فيها اسمي وعنواني ورقم الهوية الضريبية / رقم الضمان الاجتماعي وعائدات البوليصة ورصيد الحساب الخاص بالبوليصة وقيمتها عند استلام الطلب الرسمي من IRS الأمريكية في هذا الشأن. وبالتالي، فاني أتنازل عن حقي في السريّة بشأن المعلومات أعلاه وأي معلومات شخصية أخرى والتي قد يتم الإفصاح عنها من قبل الشركة لغرض الالتزام بمتطلبات FATCA.

أوافق على اخلاء وحجب الضرر عن الشركة (معاً مع موظفيها ومستخدميها ومدوبيها) من أي وكافة المطالبات أو الاجراءات أو الأضرار من أي نوع ناشئ عن أو بأي طريقة مرتبط باصدار و/أو استخدام المعلومات أعلاه بموجب هذا التنازل.

أكون ممنون للشركة اذا تمّ اعلامي بأي افصاح يخصّ بياناتي قد يتمّ للـ IRS الأمريكية طبقاً لبند هذا التنازل.

وأيضاً فاني أخذت علماً وأوافق على أنه يحقّ للشركة اقتطاع قيمة أيّة مبالغ تكون مستحقة بموجب أحكام قانون FATCA.

أقرّ بأن أمريكيان لايف انشورنس كومباني قد تكون ملزمة بموجب القوانين المرعية التطبيق بأن تقوم، بالنيابة عني و/أو بالنيابة عن المستفيدين الآخرين من البوليصة، باقتطاع ضريبة دخل على الأرباح التي تحققها الاستثمارات التي تتألف منها حسابات الاستثمار الفرعية الخاصة بي و/أو باقتطاع هذه الضريبة على أيّة دفعات متوجّبة لي و/أو للمستفيدين الآخرين بموجب البوليصة.

٢- كما وأني تفهّمت بأن أيّ افادة غير صحيحة أو بيان كاذب لشخص أميركي حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي الى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية. وأن دائرة الضرائب الأمريكية تلتزم بالشركة بابلاغها عن أي دخل يتمّ دفعه الى أشخاص خاضعين لضريبة الدخل الفيدرالية للولايات المتحدة الأمريكية. وأنني في حال كنت شخصاً أمريكياً ولم أقمّ باعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة (أو رقم الضمان الاجتماعي) فان دائرة الضرائب تلتزم بالشركة باحتساب والاحتفاظ بضريبة دخل بمعدل ٣١% من المبالغ الخاضعة والمدفوعة لك.

٣- أقرّ 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 الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجا اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بـ مكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (٣) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات.

كما أقرّ وأتفهم بأن الشركة لن تتحمل 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 يعرّض الشركة لأي عقوبة أو حظر أو قيود بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو الأنظمة المعمول بها في الاتحاد الأوروبي أو المملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية أو أي قوانين أخرى نافذة.

٤- أقرّ وأتفهم بأن الشركة وموظفيها ووكلائها (ممثلو الشركة) (i) جمع ومعالجة وتخزين واستخدام ونقل والكشف على والتصريف بجميع المعلومات المتعلقة ببياناتي الشخصية مباشرة أو غير مباشرة، من أجل الوفاء بأي التزام تخضع له الشركة في لبنان و/أو خارج لبنان عندما تكون هذه المعالجة، و/أو الاستخدام، و/أو النقل و/أو الإفصاح ضرورية لتنفيذ العقد المبرم بيني وبين الشركة و/أو (ii) مشاركة، نقل، كشف، أو تسهيل الوصول الى بياناتي الشخصية، مع أي طرف ثالث داخل لبنان و/أو خارج لبنان كلما تستدعي الحاجة ووفقاً لتقدير الشركة وعندما تكون هذه المشاركة، ويكون هذا النقل، وهذا الكشف ضرورياً لتنفيذ الشركة و/أو أي من الشركات التابعة لها أو المالكة لها التزاماتها التعاقدية و/أو لتقيدها بالأنظمة والقوانين المرعية الاجراء داخل لبنان و/أو خارجها.

إني أوافق على قيام الشركة بالحصول من والمشاركة مع أي طرف آخر داخل أو خارج لبنان وفقاً لما تراه مناسباً، على اية معلومات تتعلق بي و/أو بأفراد عائلتي مالية كانت و/أو مهنية و/أو شخصية بهدف تنفيذ احكام بوليصة التأمين وتحصيل أقساط التأمين العائدة لبوليستي أو بوالصي مع الشركة و/أو بهدف تنفيذ التزاماتها القانونية و/أو التعاقدية في لبنان و/أو خارج لبنان.

أرّخ في: .....

(المدينة)

بالتاريخ: .....

الاسم: .....

(توقيع)

بشهادة: .....