



MetLife®

CSD4002

طلب تصفية جزئية للبوليصة وإبراء ذمة

مالك البوليصة:

البوليصة رقم:

الاسم

اسم الأب

اسم العائلة

بالأجنبية:

تاريخ الولادة

اليوم

شهر

سنة

الجنسية

مكان الولادة

بلد الولادة

رقم الهوية

نوع الهوية

تاريخ انتهاء الصلاحية

جنسيات أخرى

نوع ورقم الوثيقة

تاريخ انتهاء الصلاحية

جنسيات أخرى

نوع ورقم الوثيقة

تاريخ انتهاء الصلاحية

بلد الإقامة خلال الأشهر ١٢ الماضية:

عنوان السكن الحالي: بناية

طابق

شارع

بجانب

منطقة

قضاء

محافظة

رمز البريد

البلد

الهاتف

الخليوي

البريد الإلكتروني

العمل:

الوظيفة:

المهام اليومية:

الإختصاص:

موظف

صاحب عمل

إذا كنت صاحب العمل: عدد الموظفين

حجم العمل (قيمة المبيعات السنوية)

التوزيع الجغرافي

تاريخ تأسيس العمل

أ- إسم الشركة/ العمل المسجل

ب- مجال عمل الشركة/ العمل المسجل

عنوان العمل: بناية

طابق

شارع

بجانب

منطقة

قضاء

محافظة

رمز البريد

البلد

الهاتف

الخليوي

البريد الإلكتروني

عنوان المراسلات

السكن

العمل

غيرهم

غيرهم/ص.ب.

يرجى اختيار أي من الخيارين التاليين وتعبئة المبلغ المطلوب بهذا الطلب:

١. أن تدفعوا لي جزء من القيمة النقدية للبوليصة المذكورة أعلاه، وقدره

(فقط لا غير) أو الحد الأقصى المتوفر، اذا أقل.

٢. أن تحولوا مبلغ وقدره

(فقط لا غير) أو الحد الأقصى المتوفر، اذا أقل، لتسديد،

كامل / جزء من، الدين المقيد على البوليصة المذكورة أعلاه.

هذا وأنه وبمجرد تسديد أميركان لايف انشورنس كومباني لجزء القيمة النقدية المطلوبة واستلامه له، أكون قد أبرأت ذمتها من أي حق أو مطلب لغاية مبلغ التصفية الجزئية للبوليصة وذلك وفقاً لشروط وأحكام البوليصة.

الرجاء تحديد سبب طلب التصفية الجزئية على البوليصة:

تفويض لتحويل مبلغ التصفية الجزئية على حسابي المصرفي.

اسم البنك

الفرع

رقم الحساب

IBAN

SWIFT CODE

انا الموقع ادناه، اشهد على صحة المعلومات الواردة أعلاه كما أطلب منكم تحويل المبلغ المذكور اعلاه لحسابي المذكور في هذا النموذج

التاريخ/شاهد

الرجاء التوقيع أيضاً على الصفحة الثانية

توقيع المؤمن / صاحب البوليصة

المستفيد غير القابل للتغيير / أو المحول إليه (إن وجد)

وافق على اعطاء رقم هاتفي الخليوي للشركة لتوصيل معلومات او بيانات تتعلق ببوليصة (بوالص) التأمين الخاصة بي لدى الشركة من خلال الرسائل النصية القصيرة (SMS) كما اتعهد بابلغ الشركة خطياً في حال فصل او تغيير رقم الهاتف الذي يستقبل هذه الخدمة او فقدان او سرقة بطاقة الهاتف الخليوي لتتمكن الشركة من تعديل او وقف الخدمة. واني اتفهم ووافق على أن الشركة ستبذل العناية المعقولة عند ارسال هذه البيانات/المعلومات وستتخذ الاحتياطات المناسبة والمعقولة لضمان امن وسلامة وخصوصية البيانات الشخصية الخاصة بي. واني وافق على استقبال جميع الرسائل المرسلة لي من الشركة على رقم هاتفي الخليوي المحدد في الطلب وتعتبر جميع الرسائل المرسلة على هذا النحو قد سلمت لي وتحت مسؤوليتي الكاملة منذ لحظة ارسالها. كما اتفهم ووافق على عدم مسؤولية الشركة عن اي ضرر او خسائر او تكاليف او مصاريف اتكبدها نتيجة احتيال او سرقة او تزوير او اتلاف او استخدام غير سليم او غير مرخص للوصول الى المعلومات الشخصية المتعلقة ببوليصة التأمين اثناء تمرير البيانات/المعلومات من خلال الرسائل النصية القصيرة. ولا تتحمل الشركة اية مسؤولية عن تأخير تسليم الرسالة بسبب اي خلل او عطل فني او توقف في الشبكة لاي سبب من الاسباب.

تصريح قانون الالتزام بضريبة الحسابات الأجنبية (FATCA)

(يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو إقامة في الولايات المتحدة الأمريكية، و أي صندوق إئتمان يديره شخص أمريكي أو أكثر و يكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم في الولايات المتحدة الأمريكية)

هل مالك البوليصة أو أي من المستفيدين شخصاً أمريكياً؟ ☐ لا ☐ نعم (إذا كانت الإجابة نعم، أذكر ما يلي)

• رقم الشهادة الضريبية الأمريكية الخاصة بمالك البوليصة:.....

• رقم الشهادة الضريبية الأمريكية الخاصة بالمستفيدين:.....

أوافق أنا طالب التصفية الجزئية للبوليصة على إبلاغ الشركة خلال 30 يوماً من تاريخ معرفتي بحصول أي تغيير في حال أصبحت مالك البوليصة أو أي من المستفيدين المعينين شخصاً أمريكياً خاضعاً لضريبة الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية. و إنني تفهمت بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان كاذب لشخص أمريكي حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي إلى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية. وأن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإبلاغها عن أي دخل يتم دفعه إلى أشخاص خاضعين لضريبة الدخل الفدرالية للولايات المتحدة الأمريكية. و أنني في حال كنت شخصاً أمريكياً ولم أقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة (أو رقم الضمان الاجتماعي) فإن دائرة الضرائب تلزم الشركة بإحتساب والإحتفاظ بضريبة دخل بمعدل 31% من المبالغ الخاضعة والمدفوعة لك

أقر أنه عند قيامي بطلب التصفية الجزئية للبوليصة بموجب هذا الطلب ولدى توقيع عليّ :

• بأنني لست أميركي الجنسية كما هو معرف أدناه.

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

• أوافق على أنه لدى علمي بأي تغيير بالنسبة للإقرار أعلاه أو لأية معلومات أخرى واردة في هذا الطلب، أو إذا أصبحت أنا أو أي مستفيد أميركي الجنسية فسوف أبلغ الشركة بمثل هذا التغيير خلال 30 يوماً من علمي بذلك.

• من المفهوم أن الشخص الأمريكي الجنسية لغرض الإقرار ههنا، هو شخص من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو الشخص المقيم في الولايات المتحدة الأمريكية (بما فيها الشخص الحامل الإقامة الدائمة في الولايات المتحدة الإميركية ولو يكن مقيماً خارجها)، الشركات الأمريكية أو أي صندوق إئتماني يديره، يشرف أو يسيطر عليه شخص أميركي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم الأميركية.

• أوافق أن هذا الإقرار هو لغرض التقيد بالأنظمة الأميركية الخاصة بمراقبة تداول الأوراق المالية وأحكام ضريبة الدخل الفيدرالية الأميركية وأي إقرار غير صحيح أو أي تصريح خاطئ بشأن الوضع الضريبي لأي شخص أميركي قد يعرضني للملاحقة الجزائية بموجب قوانين الولايات المتحدة الأميركية.

أقر وأفيد بأنني على علم وأوافق على انه ولغرض أحكام قانون الالتزام بضريبة الحسابات الأجنبية (FATCA) – وهو قانون أمريكي مصمم لتحديد الملكية الأمريكية للحسابات الأجنبية في مؤسسات مالية غير أمريكية، بما يشمل الصناديق الغير أمريكية – أقوم بموجب هذا بتفويض الشركة (معا مع موظفيها، ومستخدميها ومندوبيها)، بصفتي حامل بوليصة تأمين لدى الشركة بمعالجة ونقل أي من بياناتي الشخصية الى IRS الأمريكية (خدمة العوائد الداخلية في الولايات المتحدة الأمريكية) بما فيها إسمي وعنواني ورقم الهوية الضريبية/ رقم الضمان الاجتماعي ورصيد الحساب الخاص بالبوليصة عند استلام الطلب الرسمي من IRS الأمريكية في هذا الشأن.

وبالتالي، فإنني أتنازل عن حقي في السرية بشأن المعلومات أعلاه وأي معلومات شخصية أخرى والتي قد يتم الإفصاح عنها من قبل الشركة لغرض الالتزام بمتطلبات FATCA.

أوافق على إخلاء وجوب الضرر عن الشركة (معا مع موظفيها ومستخدميها ومندوبيها) من أي وكافة المطالبات أو الإجراءات أو الأضرار من أي نوع ناشئ عن أو بأي طريقة مرتبط بإصدار و/أو استخدام المعلومات أعلاه بموجب هذا التنازل.

أكون ممتناً للشركة اذا تم إعلامي بأي افصاح يخص بياناتي قد يتم لل IRS الأمريكية طبقاً لبنود هذا التنازل .

وايضاً فإنني اخذت علماً وأوافق على انه يحق للشركة اقتطاع قيمة اية مبالغ تكون مستحقة بموجب احكام قانون FATCA.

كما وإنني اخذت علماً وأوافق على انه يحق للشركة وفقاً لتقديرها المطلق انهاء عقد التأمين اذا لم أتمكن من تزويدها في وقت مناسب بالمستندات والمعلومات الكافية فيما يتعلق بإثبات ما اذا كنت مواطن اميركي من عدمه. وإذا ما كان استقطاع اية مبالغ او الافصاح عن اية معلومات ضمن هذا الاقرار مخالفا لاية قوانين او انظمة مطبقة في لبنان، يكون للشركة الحق المطلق بإنهاء عقد التأمين دون ان يترتب على ذلك اية مسؤولية او تعويض من اي نوع كان على الشركة.

كما واني اتفهم ووافق بان الشركة لن تغطي ولن تدفع أي مطالبة أو تعويض (منفعة) بموجب هذه البوليصة في حال أن هذه التغطية التأمينية أو دفع المنفعة أو المطالبة سوف يعرض الشركة لأي عقوبة، غرامة، حظر أو تقيد بموجب قرارات الامم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية، أو القوانين أو الانظمة المعمول بها في الاتحاد الاوروبي، والمملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الاميركية أو القوانين المحلية أو الأنظمة.

أفوض بموجبه الشركة وموظفيها ووكلائها ("ممثلو الشركة") (i) جمع ومعالجة وتخزين واستخدام ونقل والكشف على والتصرف بجميع المعلومات المتعلقة ببياناتي الشخصية، مباشرة او غير مباشرة، من اجل الوفاء بأي التزام تخضع له الشركة في لبنان و/أو خارج لبنان عندما تكون هذه المعالجة، و/أو الاستخدام، و/أو النقل و/أو الافصاح ضرورية لتنفيذ العقد المبرم بينه وبين الشركة و/أو (ii) مشاركة، نقل، كشف، او تسهيل الوصول الى بياناتي الشخصية، مع اي طرف ثالث داخل لبنان و/أو خارج لبنان كلما تستدعي الحاجة ووفقاً لتقدير الشركة وعندما تكون هذه المشاركة، ويكون هذا النقل، وهذا الكشف ضروريا لتنفيذ الشركة و/أو اي من الشركات التابعة لها او المالكة لها التزاماتها التعاقدية و/أو لتقيدها بالانظمة والقوانين المرعية الاجراء داخل لبنان و/أو خارجه.

إنني أوافق على قيام الشركة بالحصول من والمشاركة مع اي طرف آخر داخل او 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 اقساط التأمين العائدة لبوليصتي او بوالصي مع الشركة و/أو بهدف تنفيذ التزاماتها القانونية و/أو التعاقدية في لبنان و/أو خارج لبنان.

وقع في بيروت لبنان في هذا اليوم

شاهد	صاحب البوليصة	المؤمن على حياته
شاهد	المستفيد غير القابل للتغيير / أو المحول إليه (إن وجد)	

ملاحظة : يحسم طابع مالي بقيمة خمسة آلاف ليرة لبنانية من جزء القيمة النقدية المطلوبة، في حال اختيار الخيار الأول أعلاه، وذلك قبل تسليم الشيك.