

Amendment to Application for Policy - UND 6



Application no.

Gulf Operations
P.O. Box 371916, Dubai, UAE - Tel. 04 415 4555, Fax 04 415 4445

I hereby request that my application dated be amended as follows:

and I certify that there has been no change in my condition of health, and/or that of all insureds under this application, and we have received no medical attention, consultation or examination whatever, since the date of completion of said application; further, that all my answers as written in said application, including those relating to all insureds and, my occupation, are still true.

I hereby provide 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 the Company Headquarters in the USA, its branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, Insurance Brokers and/or service providers where the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of this Policy; (ii) assisting the Company in the development of its business and products; (iii) improving the Company's 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 the Company.

***Personal Data** means all information relating to me (whether marked "personal" or not) disclosed to MetLife by whatever means either directly or indirectly which concerns, including but not limited to, my medical conditions, treatments, prescriptions, business, operations, contact details, account balances/activities or any transactions undertaken with MetLife.

Signed at City this day of 20

Witness Signature of Applicant

رقم الطلب

أنا أطلب بتعديل طلبي المؤرخ في على النحو التالي:

وأني أقر أنه لم يحدث تغيير في حالتي الصحية وفي الحالة الصحية لجميع المؤمن عليهم في هذه البوليصه، وأني وكل المؤمن عليهم في هذه البوليصه لم نتلقى بتاتا أية رعاية أو إستشارة طبية أو فحص طبي منذ تاريخ إملاء الطلب المذكور. وبالإضافة ، فإن كل أجوبتي كما هي مدونة في الطلب المذكور ، وخاصة فيما يتعلق بمهنتي وبالحالة الصحية لي، ولكل المؤمن عليهم في البوليصه، لازالت صحيحة.

أمنح بموجب هذا المستند متلايف 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 للإمتثال لأي إلزام قانوني تخضع له متلايف 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 بمتلايف.

*البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء كانت «شخصية» أم لا) والتي قمت باعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، حالتي الطبية، والعلاجات والوصفات الطبية، والأعمال التجارية، والعمليات، وتفصيل الإتصال والأرصدة/ وأنشطة الحساب أو أي معاملات قامت بها متلايف.

وقع في المدينة في يوم من شهر ، ٢٠الشاهد توقيع مقدم الطلب