

AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT
GROUP LIFE INSURANCE
STANDARD FORM

BENEFICIARY DESIGNATION تعيين مستفيد **BENEFICIARY CHANGE** تغيير مستفيد

AUB ID رقم الموظف _____ Name of Employee اسم الموظف _____

Date of Birth تاريخ الولادة ____/____/____
DD MM YYYY

I hereby revoke any previous designations of beneficiary(ies), if any, and designate, in the event of death, the following
اتقدم بموجب هذه الوثيقة بإلغاء أي تعيينات مسبقة للمستفيدين، إذا وجدت، وتعيين في حال الوفاة الأشخاص الواردة أسماؤهم أدناه

BENEFICIARY(IES) (المستفيدون)

Full Name (First, Middle, Last) الاسم الكامل (الإسم، اسم الأب، الشهرة)	Relationship الصلة	Date of Birth تاريخ الولادة	Full Address and phone number العنوان الكامل ورقم الهاتف	Share % الحصة
				100%

If more than one beneficiary is designated and, if in such designation the insured has failed to specify their respective interests in the insurance proceeds, the beneficiaries shall share equally. إذا تم تعيين أكثر من مستفيد واحد وأغفل المضمون تحديد الحصة العائدة لكل منهم، توزع الحصص بالتساوي.

If beneficiaries are not designated, the insurance proceeds shall be paid out to the legal heirs, each according to his/her share in the Insured's estate. إذا لم يتم تعيين المستفيدين، فتعود عائدات التأمين إلى الورثة القانونيين، كل طبقاً لحصته في تركة المضمون.

If one or more of the Beneficiaries are no longer alive, their share will then be distributed in equal proportion among the remaining living Beneficiaries. إذا لم يكن واحد أو أكثر من المستفيدين على قيد الحياة في حينه، توزع حصصهم عندئذ بنسب متساوية بين المستفيدين الأحياء الباقين.

WAIVER OF PARTICIPATION التنازل عن بوليصة التأمين على الحياة

I, the undersigned, _____ acknowledge that the Life Insurance Policy offered by the American University of Beirut has been explained to me, and I understand that unless I sign the Group Life Application Form, I shall receive no benefits as described in that Policy. With full acknowledgement of these facts, I elect not to participate in the Policy at this time.

انا الموقع أدناه، _____ أقر بأنني قد أُبلغت عن بوليصة التأمين على الحياة المقدّمة لي من قبل الجامعة الأميركية في بيروت والتي كان قد تمّ شرحها لي في حينه. وإن عدم توقيعني على طلب تأمين جماعي على الحياة يعتبر تنازلاً عن حقي للاستفادة من هذه البوليصة. وبناءً عليه أؤكد على تنازلي عن هذا الحق بتوقيعي على هذا الكتاب.

Signature التوقيع

Date التاريخ/...../.....
DD MM YYYY