Allied Insurance Company

Expatriate Insurance Proposal Form

އެކްސްޕެޓްރިއޭޓް އިންޝުއަރަންސް އެދޭ ފޯމު

Proposal no.	
Policy no.	
Agent code:	

Employer / Sponsor Details:

ވަޒީފާ ދޭ ފަރާތުގެ/ ހަވާލުވާ ފަރާތުގެ މައުލޫމާތު

Name: ނަން	Registration No or National ID No: ރަޖިސްޓްރީ ނަންބަރު ނުވަތަ އައިޑީ ކާޑު ނަންބަރު	
Address: އެޑްރެސް		No. of person to be covered: ކަވަރ ކުރަން އެދޭ މީހުންގެ އަދަދު
Mobile No: މޯބައިލް ނަންބަރު	Email: އީމެއިލް	

Insurance Cover:

އިންޝުއަރަންސް ކަވަރ

Please tick the appropriate box:
ނަންގަވާވަން ރަނގަޅު ކޮޓަރީގައި ފާހަގަ ޖެއްސަވާ

- ☐ New Policy / އަލަށް ޕޮލިސީ ނަންގަވާވަން
- ☐ Renewal Policy / ޕޮލިސީ އާކުރައްވާވަން
- ☐ Cancel old policy & issue new policy / ކުރީގެ ޕޮލިސީ ކެންސަލްކޮށް އަލަށް ޕޮލިސީއެއް ނަންގަވާވަން
- ☑ Inpatient cover and life insurance (Mandatory) / އެޑްމިޓްވެގެން ދޭ ފަރުވާ އަދި ލައިފް އިންޝުއަރަންސް (ލާޒިމު)
- ☐ Passport No. Change / ޕާސްޕޯޓު ނަންބަރު ބަދަލުކުރައްވާވަން

Allied counters will accept proposal forms upto 20 beneficiaries.

Proposal form consisting more than 20 beneficiaries shall be submitted via email to expat@allied.mv as per below format.

އެލައިޑް ކައުންޓަރުތަކުން ފޯމެއްގައި ބަލައިގަންނާނީ ގިނަވެގެން 20 ބެނިފިޝަރީންގެ ފޯމު.

ފޯމެއްގައި ބެނިފިޝަރީންގެ އަދަދު 20 އަށްވުރެ ގިނަވާނަމަ ތިރީގައިވާ ގޮތަށް މައުލޫމާތު ފުރިހަމަކުރުމަށްފަހު އެލައިޑް އެކްސްޕެޓް އިންޝުއަރަންސްގެ އީމެއިލް އެޑްރެސް expat@allied.mv އަށް ފޮނުއްވާށެވެ!

Employee / Applicant Details ވަޒީފާ އަދާކުރާ ފަރާތުގެ / އެދޭ ފަރާތުގެ މައުލޫމާތު			Next of Kin Details ވާރުތަވެރިޔާ އާއި ބެހޭ މައުލޫމާތު			
#	Passport / Work Permit no. ޕާސްޕޯޓު / ވޯކް ޕަރމިޓް ނަންބަރު	Nationality ޤައުމު	Name (as in Passport) ނަން (ޕާސްޕޯޓުގައި ވާގޮތަށް)	Date of Birth އުފަން ތާރީޚް	Passport no. ޕާސްޕޯޓް ނަންބަރު	Relationship ބެލެނިވެރިޔާ އާއި ގުޅުން
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Documents required with the Proposal: ޕްރޮޕޯސަލާއި އެކު ބޭނުންވާ ލިޔެކިޔުންތައް	Work visa	Other visa	
	☐ Copy of Employment Approval އެމްޕްލޮއިމެންޓް އެޕްރޫވަލް ކޮޕީ	☐ Passport copy ޕާސްޕޯޓް ކޮޕީ	☐ Visa application form copy ވިސާ އެޕްލިކޭޝަން ފޯމް ކޮޕީ

Declaration: I/We confirm that the above answers, statements, particulars and additional information are true to the very best of my/our knowledge and belief. I/We also confirm that I/We have disclosed all information and material facts that may alter the Insurer's view of the risk, or affect their assessment of the exposures they are covering under the Policy. I/We agree that this proposal shall be basis of the contract and part of the insurance between myself / ourselves and the company.

މަތީގައި ފޯރުކޮށްދީފައިވާ މައުލޫމާތަކީ ތެދު އަދި ސައްހަ މައުލޫމާތުކަމަށް އަހުރެން/ އަހަރެމެން އިޤްރާރުވެ ސޮއިކުރަމެވެ. މީގެ އިތުރުން، އިންޝުއަރަރ ކުރާ ފަރާތުން، އަހުރެން/ އަހަރެމެން ނުވަތަ ހަވާލުކުރެވިފައިވާ އިންޝުއަރަންސް ޕޮލިސީއާއި، ޕޮލިސީގެ ދަށުން ހިމެނޭ ކަންތައްތަކާއި ގުޅޭ ފުރިހަމަ މައުލޫމާތު އިންޝުއަރަރ ކުރާ ފަރާތާއި އަހަރެން/ އަހަރެމެން ހިއްސާކޮށްފީމެވެ. އިންޝުއަރަންސް ކޮންޓްރެކްޓާއި އަހަރެން/ އަހަރެމެންނާއި ދެމެދުގައި ހެދޭ އެއްބަސްވުން ބިނާވެގެންވާ ވަސީލަތަކަށް މި ޕްރޮޕޯސަލް ފޯމުގައިވާ މައުލޫމާތު ބޭނުންކުރުމަށް އަހަރެން/ އަހަރެމެން ޤަބޫލުކުރަމެވެ.

This policy may be cancelled or terminated unilaterally by the insurer in accordance with the terms of this policy and once this policy is cancelled or terminated for any reason what so ever, the premium levied against this policy shall be non-transferable, neither apportionable nor refundable.

Signature:	Date:

THIS INSURANCE WILL NOT BE IN FORCE UNTIL THE PROPOSAL HAS BEEN ACCEPTED BY THE COMPANY

(Acceptance of Proposal means Insurance policy issued and premium collected.)