Allied Insurance Company

EXPATRIATE INSURANCE PROPOSAL FORM

އެކްސްޕެޓްރިއޭޓް އިންޝުއަރަންސް އެދޭ ފޯމު

Proposal no.
Policy no.
Agent code:

Employer / Sponsor Details:
ވަޒީފާ ދޭ ފަރާތުގެ/ ކަފާލަތު ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު

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

Insurance Cover:
އިންޝުއަރަންސް ކަވަރ

Please tick the appropriate box: ނެންގެވުމަށް ރަނގަޅު ކޮޓަރިއެއްގައި ފާހަގަ ޖައްސަވާ	☐ New Policy އައު ޕޮލިސީ ނެންގެވުމަށް	☐ Renewal Policy ޕޮލިސީ އާކުރެއްވުމަށް	☐ Cancel old policy & issue new policy ކުރީގެ ޕޮލިސީ ކެންސަލްކޮށް އައު ޕޮލިސީއެއް ނެންގެވުމަށް
☑ Inpatient cover and life insurance (Mandatory) އެޑްމިޓްވެގެން ދޭ ފަރުވާ އަދި ލައިފް އިންޝުއަރަންސް (ލާޒިމް)		☐ Passport No. Change ޕާސްޕޯޓް ނަންބަރު ބަދަލުކުރުމަށް	

Allied counters will accept proposal forms upto 20 beneficiaries.

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

އެލައިޑް ކައުންޓަރުން ޕްރޮޕޯސަލް ފޯމު ބަލައިގަނެވޭނީ ގިނަވެގެން 20 ބެނިފިޝަރީންގެ ފޯމު.

ޕްރޮޕޯސަލް ފޯމުގައި ބެނިފިޝަރީންގެ އަދަދު 20 އަށްވުރެ ގިނަވާނަމަ ތިރީގައިވާ ފޯމެޓުގައި މަޢުލޫމާތު ފުރިހަމަކުރައްވައި އެލައިޑް އެކްސްޕެޓް އިންޝުއަރަންސްގެ އީމެއިލް އެޑްރެސް expat@alliedmaldives.net އަށް ފޮނުއްވާށެވެ!

Employee / Applicant Details ވަޒީފާ އަދާކުރާ ފަރާތުގެ / އެދޭ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު			Next of Kin Details ވާރިސްވެރިޔާ އާއި ބެހޭ މަޢުލޫމާތު			
#	Passport / Work Permit no. ޕާސްޕޯޓް / ވޯކް ޕަރމިޓް ނަންބަރު	Nationality ޤައުމު	Name (as in Passport) ނަން (ޕާސްޕޯޓުގައިވާ ގޮތަށް)	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 ލިޔެކިޔުން	Work visa	Other visa	
	☐ Copy of Employment Approval އެމްޕްލޯއިމެންޓް 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 ފުރިހަމަކުރެއްވި މަޢުލޫމާތަކީ ތެދު އަދި ސައްޙަ މަޢުލޫމާތުކަމަށް އަހަރެން/ އަހަރެމެން އިޤުރާރުވާ ސޮއިކުރަމެވެ. މީގެ އިތުރުން، އިންޝުއަރ ކުރާ ފަރާތުން، އަހަރެން/ އަހަރެމެން ނަގާފައިވާ ޕޮލިސީއާއި، ޕޮލިސީގެ ދަށުން ރިސްކް ކަނޑައަޅާނެ ގޮތަށް ބަދަލުކުރެވިދާނެ މަޢުލޫމާތު އިންޝުއަރ ކުރާ ފަރާތާއި އަހަރެން/ އަހަރެމެން ހިއްސާ ކޮށްފީމެވެ. އިންޝުއަރަންސް ކުންފުނިއާއި އަހަރެން/ އަހަރެމެންގެ ދެމެދުގައި އެއްބަސްވުން ބިނާވެގެން ވަނީ މި ފޯމުގައިވާ މަޢުލޫމާތުގެ މައްޗަށް ކަމުގައި 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

މި އިންޝުއަރަންސް ހަރަކާތްތެރިވާނީ ކުންފުނިން ޕްރޮޕޯސަލް ބަލައިގަތުމުންނެވެ.

Allied Insurance Company of the Maldives Pvt. Ltd. (C-43/84), City Square, 3rd Floor, Chaandhanee Magu, Male', 20156, Maldives.
1600 +960 332 5035 info@allied.mv youtube.com/alliedmv facebook.com/alliedmv twitter.com/alliedmv