



Allied Insurance Company

### Empanelment of Cashless Service for Allied Health Customers

އެމްޕެލްމެންޓް ފޯ ކެޝްލެސް ސަރވިސް ފޯ އެލިއެޑް ހެލްތް ކަސްޓަމަރުން

#### Particulars of the person requesting for Service:

1. ސަރވިސް ޕްރޮވިޑަރުގެ ނަންމު ފޯ އެމްޕެލްމެންޓް ފޯ ކެޝްލެސް ސަރވިސް ފޯ އެލިއެޑް ހެލްތް ކަސްޓަމަރުން

Name:	ނަންމު:
ID.Card No.	އި.ކާޑް ނަންބަރު:
Permanent Address (Including Atoll & Island):	ދާއިރާގެ ބަނޑު (އަތޮލް ފަދަ ސަރަޙައްދު ހިމާރުކޮށް):
Contact No.	ކޮންޓެކްޓް ނަންބަރު:
E-mail Address:	ީމެއިލް އެޑްރެސް:

#### Details of place requested for enrollment

2. ސަރވިސް ޕްރޮވިޑަރުގެ ނަންމު ފޯ އެމްޕެލްމެންޓް ފޯ ކެޝްލެސް ސަރވިސް ފޯ އެލިއެޑް ހެލްތް ކަސްޓަމަރުން

(Clinic/Pharmacy/Opticals)

(ކްލިނިކް/އޮޕްޓިކަލް/ފަރުމާސީ)

Name of Service provider:	ނަންމު:
Address:	މަނިކުފާނުގެ ހަދުދު:
Atoll & Island:	އަތޮލް ފަދަ ސަރަޙައްދު:
Contact No. of Service provider:	ކޮންޓެކްޓް ނަންބަރު:
a) Hours open for Service:	ސަރވިސް ޕްރޮވިޑަރުގެ ސަރަޙައްދު:
b) Duration of Service:	ސަރވިސް ޕްރޮވިޑަރުގެ ދުވަސްވަރު:
Is currently providing Aasandha service?	No <input type="checkbox"/> ނީ Yes <input type="checkbox"/> ބެލި ޖަހަން ފެންނަނީ ސަރވިސް ޕްރޮވިޑަރުގެ ސަރަޙައްދު?
Has Internet connection?	No <input type="checkbox"/> ނީ Yes <input type="checkbox"/> ބެލި ޖަހަން ފެންނަނީ ސަރވިސް ޕްރޮވިޑަރުގެ ސަރަޙައްދު?

އެމްޕެލްމެންޓް ފޯ ކެޝްލެސް ސަރވިސް ފޯ އެލިއެޑް ހެލްތް ކަސްޓަމަރުން ފޯ އެމްޕެލްމެންޓް ފޯ ކެޝްލެސް ސަރވިސް ފޯ އެލިއެޑް ހެލްތް ކަސްޓަމަރުން ފޯ އެމްޕެލްމެންޓް ފޯ ކެޝްލެސް ސަރވިސް ފޯ އެލިއެޑް ހެލްތް ކަސްޓަމަރުން  
Please grant service for the Allied Insurance Health Card for the above mentioned.

\_\_\_\_\_: Sign \_\_\_\_\_: Date \_\_\_\_\_: Name

Documents required with the Proposal:	<input type="checkbox"/> Service vendor's registry copy ސަރވިސް ޕްރޮވިޑަރުގެ ރެޖިސްޓްރީ ކޮޕީ	<input type="checkbox"/> Service vendor's price list ސަރވިސް ޕްރޮވިޑަރުގެ ޕްރައިސް ލިސްޓް (ސޮފްޓް ކޮޕީ ފޯ ޕްރޮޕޯޔަލް)
<input type="checkbox"/> Doctors/Pharmacist list ކްލިނިކް/ފަރުމާސީގެ ޑޮކްޓަރު/ފަރުމާސީގެ ލިސްޓް	<input type="checkbox"/> Soft copy of price list ޕްރައިސް ލިސްޓްގެ ސޮފްޓް ކޮޕީ	<input type="checkbox"/> Service vendor's I.D. copy ސަރވިސް ޕްރޮވިޑަރުގެ އި.ކާޑް ކޮޕީ
<input type="checkbox"/> if it's a pharmacy, copy of permission granted by Food and Drug authority ފަރުމާސީގެ ކޮޕީ ނަމަ ފޯ ފޯޑް ފްލޯޕްރެޝަން ޕްރޮވިޑަރުގެ ސަރަޙައްދު		