Allied Insurance Company

LIFE INSURANCE PROPOSAL FORM

ژިވۭ ތެރެއިން ބުރަ ދައްކާ ފޯމު

Proposal no.

Policy no.

☐ Individual ތަންތަން ވަކިން

☐ Company ކުންފުނި

☐ National ID Card ތަން.ބީ.ސީ

☐ Registration Certificate ތަނަވަސްކުރުން

Occupation: _____
ވަޒީफާ ދިވެހިން

Nature of Business: _____
ވިއަފާރީގެ ބާވަން

☐ Work Permit ވަރ ބަލައިދިން

☐ Passport ފާސްپޯޓ

Company/Office/Applicant's Name: _____
ކުންފުނީގެ ނަން/ ތަން/ ބުރަ ދައްކާ ފަރާތުގެ ނަން

ID No. ތަން.ބީ.ސީ ނަम্ব

Date of Birth: D D M M Y Y Y Y
ތާریخ ދުވެން

☐ Male ފިރިން ☐ Female ތަކުން

Reg No. ތަނަވަސްކުރުން ނަम্বর

Permanent Address (as in ID card): _____
ދާއिमީ ބައިން (ތަ.ބ.ސ ގައި ހުންނަ ފަދައިން)

Nationality: _____
ގައުމު

Postal Address (fill below):
ފޮސްކޮޅުން ބައިން

Contact Name: _____
ގުޅުން ކުރާ ފަރާތުގެ نام

House/Building name: _____
ގެ/ބިल्डिङ ނަން

Contact No: _____
ގުޅުން ކުރާ ފަރާތުގެ ނम্বর

Road: _____
ރަން

District: _____
ރަން

Email: _____
ބ.ން

Postal Code: _____
ފޮސްކޮޅު ކޯڈ

Atoll,Island: _____
ތަ.ބ.ސ، ރ.ން

Fax: _____
ف.ން

Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widow
ދ.ބ.ސ

Nature of Work (Please tick whichever is applicable)

ތަ.ބ.ސ ؛ (ﷺ ﷺ ﷺ

Allied Insurance Company

Family History

ތާރީخުގެ ތަފުސީލު

Have you previously made any life proposal with Allied? ؟ ڇڊ ٺڪرمش ڪرمڪ ڏڪڏ ڪرڻ ڪرڻ	Yes ☐ ھا	No ☐ نه		
Family history ؟ ڪرمڪ ڪرمڪ	Age if living ؟ ڪرمڪ	State of health ؟ ڪرمڪ	Age at death ؟ ڪرمڪ	Cause of death ؟ ڪرمڪ
Father ؟ ڪرمڪ				
Mother ؟ ڪرمڪ				
Brothers ؟ ڪرمڪ				
Sisters ؟ ڪرمڪ				

Personal History

؟ ڪرمڪ ڪرمڪ ڪرمڪ ڪرمڪ ڪرمڪ

Height: _____ cm Weight: _____ kg How many cigarettes do you smoke daily? _____

؟ ڪرمڪ ڪرمڪ ڪرمڪ ڪرمڪ ڪرمڪ

Allied Insurance Company

2. a. Any form of heart or circulatory trouble or disorder of the stomach or bowels hemorrhage, fainting or fits? Yes ☐ No ☐
b. Are you a beta Thalassaemia carrier? Yes ☐ No ☐

2. ب. ހިތުގެ ނުވަތަ ކަންކަން ބަލާއިން ބަނދަ ކުރުން ނުވަތަ ކަންކަން ؟ ހ. ބެއެއް ބަލަހައްޓާ ކުރިން ؟

If Yes give full particulars:
ތफުސީލު ބަލައި ބަދަން ؟

3. Any form of nervous breakdown or depression or have you consulted a psychiatrist? Yes ☐ No ☐

3. ؟ ؟

If Yes give full particulars:
؟ ؟

4. Unexplained recurrent or persistent fever or skin disorder? Yes ☐ No ☐

4. ؟ ؟

If Yes give full particulars:
؟ ؟

5. Unexplained persistent night sweats? Yes ☐ No ☐

5. ؟ ؟

If Yes give full particulars:
؟ ؟

6. Unexplained weight loss? Yes ☐ No ☐

6. ؟ ؟

If Yes give full particulars:
؟ ؟

7. Unexplained infections or swollen glands? Yes ☐ No ☐

7. ؟ ؟

If Yes give full particulars:
؟ ؟

8. Chronic recurrent diarrhea? Yes ☐ No ☐

8. ؟ ؟

If Yes give full particulars:
؟ ؟

9. Persistent cough? Yes ☐ No ☐

9. ؟ ؟

If Yes give full particulars:
؟ ؟

10. Hepatitis B, any sexually transmitted disease, including genital sores or discharges? Yes ☐ No ☐

10. ؟ ؟

If Yes give full particulars:
؟ ؟

Allied Insurance Company

11. Stroke High or Low blood pressure? Yes ☐ No ☐

11. ڭۇدەمكەرە ئۆسە سۇمەھ ڭۇترىدى (ۋېرشەن) ھېچىكەرە؟

If Yes give full particulars:

ھۆججەتە سۈرە مەلۇمات بېرىڭ _____

12. Are you suffering from Diabetes Mellitus? Yes ☐ No ☐

12. سۇكەر ھەج رىئەلۋە؟

If Yes give full particulars:

ھۆججەتە سۈرە مەلۇمات بېرىڭ _____

13. Are you suffering from any thyroid dysfunction? Yes ☐ No ☐

13. ھورمۇنۇنى ھەرەكەتكە دەسكەۋەرە رىئەلۋە؟

If Yes give full particulars:

ھۆججەتە سۈرە مەلۇمات بېرىڭ _____

14. Cancer, growth or other malignancy? Yes ☐ No ☐

14. ئاشىكەز سۇمەھ ئاشىكەرىش ۋەتەش ھەرەكەتە ۋەجۇدۇنە؟

If Yes give full particulars:

ھۆججەتە سۈرە مەلۇمات بېرىڭ _____

15. Any kidney or bladder disorder? Yes ☐ No ☐

15. بۇۋاسىر ھەمە ئاۋەتۇگە سىڭگۇنى ھەرەكەتە رىئەلۋە؟

If Yes give full particulars:

ھۆججەتە سۈرە مەلۇمات بېرىڭ _____

16. Any disease or disorder of the eyes, ears, nose or throat? Yes ☐ No ☐

16. ئۇ، ئاشۇنۇ، سۇنۇ ھەمە ئەرىغۇنىڭ ھەرەكەتىگە سۇمەھ مەلۇمات رىئەلۋە؟

If Yes give full particulars:

ھۆججەتە سۈرە مەلۇمات بېرىڭ _____

17. Dizziness, numbness or paralysis? Yes ☐ No ☐

17. ھۇرىسۋەترىش، ھەۋۇرەم ھەسىۋەترىش سۇمەھ ۋۇجۇدىگەھەج رىئەلۋە؟

If Yes give full particulars:

ھۆججەتە سۈرە مەلۇمات بېرىڭ _____

18. Any illness or disease not mentioned above? Yes ☐ No ☐

18. دەۋۋەھە سۈشۈكىشۈش مەجمۇئەتە ھەرەكەتە مەلۇمات رىئەلۋە؟

If Yes give full particulars:

ھۆججەتە سۈرە مەلۇمات بېرىڭ _____

d. Are you taking any medicine or drug or receiving any treatment? Yes ☐ No ☐

ء. ۋىتگەر ھەرەكەتە ھەمەتەتش ھەئەلە سۇمەھ ۋەتەۋۋەلە ئەمەتەۋەشۇمە؟

If Yes give full particulars:

ھۆججەتە سۈرە مەلۇمات بېرىڭ _____

Allied Insurance Company

e. Has any Insurance company ever requested any additional premium or postponed or declined a proposal for life assurance on your life? Yes ☐ No ☐

ه. ،ﷺ ،ﷺ ،ﷺ

Allied Insurance Company

Beneficiaries (If any)

ھۆژۋىشتېر سۈرەى ئۆزگەرتىشى ئۈچۈن ئىچىگىدىكىلەر مەلۇم قىلىنىشى

Name: سۈرە _____ Relationship: ئۇلىنىش/ رىبىرگۈچىلىك _____

ID No. مەمىلە سۈرەتى | | | | | | | | | | | | Address: ئادرېس _____

Beneficiaries (If any)

ھۆژۋىشتېر سۈرەى ئۆزگەرتىشى ئۈچۈن ئىچىگىدىكىلەر مەلۇم قىلىنىشى

Name: سۈرە _____ Relationship: ئۇلىنىش/ رىبىرگۈچىلىك _____

ID No. مەمىلە سۈرەتى | | | | | | | | | | | | Address: ئادرېس _____

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.

ئەمەلىيەتىمىز ئۇچۇقلاشتۇرۇلۇپ، ھۆكۈم قىلىش سەۋەبىنى كەلتۈرۈپچىقارىدىغان ئەھۋالنى ئەڭ ئەمەلىي سەۋىيە/ ئەھۋالنى ئىنسۇرەنسچىنىڭ ئەۋرىشىمىز ئاساسىدا ئۇچۇرلاشتۇرۇلۇپ، ئۇچۇرلاشتۇرۇلۇپ كەلتۈرۈلگەن ئەھۋالنى ئۆز ئىچىگە ئالغان ئەھۋالنى/ ئەھۋالنى ئىنسۇرەنسچىنىڭ ئەۋرىشىمىز بىلەن شەرتنامىنىڭ ئاساسىغا ئاساسلانغان ئىكەنلىكىنى ئېلان قىلىمىز. ئەمەلىيەتىمىز ئەھۋالنى/ ئەھۋالنى ئىنسۇرەنسچى بىلەن شەرتنامىنىڭ ئاساسى ھېسابلىنىدىغانلىقىغا قوشۇلىمىز.

Signature: Date:

To be completed and signed by the proposer (If other than life to be assured) ھەمىلەدارنىڭ ئۆز قولىدا سۈپەتلەنگەن ۋەزىپە (ھەمىلەدارنىڭ سۈرۈتى ۋەزىپە سۈرۈتى)

Name: سۈرە _____ Relationship: ئۇلىنىش/ رىبىرگۈچىلىك _____

Contact No: ئۇچۇر سۈرۈتى _____ Mobile No: ئۇچىرلىق سۈرۈتى _____ Address: ئادرېس _____

Email: ئېلېكترون _____ Sign: سۈرە _____ Date: چېسلا _____

Documents required with the Proposal: ئۇچۇر ئالىش سۈرۈتىگە كېرەك ھۆججەت

☐ I.D. Card (Life Assured and Beneficiaries) مەمىلە. تاللانغان ھەمىلە (ھەمىلەدارنىڭ ئەۋرىشىمىزنىڭ ۋەزىپىسىنى ۋەزىپىلەش)

Office use only		
Rate:	Premium:	Agent's/Broker's Name:

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

ئۇ ھەمىلەدارنىڭ ھەۋەسىنى قوبۇل قىلىش، ئاشۇرۇش ئۇچۇرىنى ھۆكۈمەت ھوقۇقىدىكى ئەمەلدە بولىدۇ.