Allied Insurance Company

Policy Cancellation Form

ޕޮލިސީ ކެންސަލޭޝަން ފޯމު

Policy Number: ޕޮލިސީ ނަންބަރު	
Date of Cancellation: ކެންސަލް ކުރުމަށް އެދޭ ތާރީޚް	

Reason for Cancellation:
ކެންސަލް ކުރުމަށް އެދޭ ސަބަބު

- [ ] Change of property owner
  ވެރިފަރާތް ބަދަލުވުން
- [ ] Unable to pay premium
  ޕްރިމިއަމް ދެއްކުމަށް ނުކުޅެދުން
- [ ] Others (please specify): ______________________
  އިތުރު މައުލޫމާތު (ބަޔާންކުރޭ)

Insured: އިންޝުއަރަންސް ކުރެވިފައިވާ ފަރާތް	
Contact No: ގުޅޭ ނަންބަރު	Signature/Stamp: ސޮއި / ސްޓޭމްޕް

Note:

1. All refunds, If any, will be repaid within 14 working days of recieving the cancellation form
2. Note: Cancellation will only take effect upon reciept of the original policy documents

ނޯޓް:

1. ކެންސަލޭޝަން ފޯމު ލިބުމާއެކު 14 ދުވަސް (ރަސްމީ ބަންދު ދުވަސް ފިޔަވައި) ތެރޭގައި ރިފަންޑް (ރިފަންޑެއް ވާނަމަ) ލިބިދެވޭނެއެވެ.
2. ނޯޓް: ޕޮލިސީ ކެންސަލް ކުރެވޭނީ ބޭނުންވާ ޕޮލިސީގެ އަސްލު ޑޮކިއުމަންޓްތައް ރިސީވްކުރުމުން ކަމުގައި ވާނަމަ ފެށިގެންނެވެ.

Office use only	އޮފީހުގެ ބޭނުމަށް އެކަނި	
Recieved by:	Reference No:	Signature/Date: