Allied Insurance Company

Life Insurance Proposal Form

ލައިފް އިންޝުއަރަންސްއަށް އެދޭ ފޯމު

Proposal no.	
Policy no.	

☐ Individual
އަމިއްލަ ފަރުދުން

☐ Company
ކުންފުނި

Occupation: ____________________
ވަޒީފާގެ ދާއިރާ

Nature of Business: ____________________
ވިޔަފާރީގެ ބާވަތް

Company/Office/Applicant's Name: ____________________
ކުންފުނީގެ ނަން/ އޮފީހުގެ ނަން/ އެޕްލިކަންޓްގެ ނަން

Date of Birth: D D | M M | Y Y Y Y
އުފަން ތާރީޚް

☐ Male
ފިރިހެން

☐ Female
އަންހެން

Permanent Address (as in ID card): ____________________
ދާއިމީ އެޑްރެސް (އައި.ޑީ ކާޑުގައި ވާގޮތަށް)

Postal Address (fill below):
ޕޯސްޓަލް އެޑްރެސް

House/Building name: ____________________
ގޭގެ ނަން/ އިމާރާތުގެ ނަން

Road: ____________________
މަގު

District: ____________________
އަވަށް

Postal Code: ____________________
ޕޯސްޓަލް ކޯޑު

Atoll,Island: ____________________
އަތޮޅު، ރަށް

☐ National ID Card
އައި.ޑީ ކާޑު

☐ Registration Certificate
ރަޖިސްޓްރީ ސެޓްފިކެޓް

☐ Work Permit
ވޯކް ޕަރމިޓް

☐ Passport
ޕާސްޕޯޓް

ID No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
އައި.ޑީ ނަންބަރު

Reg No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
ރަޖިސްޓްރީ ނަންބަރު

Nationality: ____________________
ޤައުމު

Contact Name: ____________________
ގުޅަންޖެހޭ މީހާގެ ނަން

Contact No: ____________________
ގުޅަންޖެހޭ މީހާގެ ނަންބަރު

Email: ____________________
އީމެއިލް

Fax: ____________________
ފެކްސް

Marital Status:
ޒަވާޖީ ހާލަތު

☐ Single
ސިންގަލް

☐ Married
އިނދެގެން

☐ Divorced
ވަރިކޮށްފައި

☐ Widow
ހުވަފެނބުވައި

Nature of Work (Please tick whichever is applicable)

އަދާކުރާ މަސައްކަތް (ތިރީގައިވާ ބައިތަކުން ގުޅޭ ބައިގައި ރަނގަޅު ފާހަގަ ޖައްސަވާ)

☐ Engaged in professional, administrative, managerial, clerical and non-manual occupations
އިދާރީ ނުވަތަ އޮފީސް ހިންގުމުގެ ދާއިރާ އަދި މެނޭޖަރުސް އަމަލީ ގޮތުން މަސައްކަތް ކުރަން ނުޖެހޭ އެހެނިހެން ދާއިރާތައް

☐ Engaged in work of supervisory nature but not involved in manual labour
ސުޕަވައިޒަރީ ބާވަތުގެ މަސައްކަތްތަކުގެ ތެރެއިން އަމަލީގޮތުން މަސައްކަތް ކުރަން ނުޖެހޭ މަސައްކަތް

☐ Engaged either occasionally or generally in manual work which involves the use of tools or machinery
އާއްމުގޮތެއްގައި ނުވަތަ ހުއްޓަ ހުއްޓާފައި ވަޔަރު އާލާތްތަކާއި މެޝިނަރީ ބޭނުންކުރަންޖެހޭ ކަހަލަ އަމަލީ މަސައްކަތް

Benefits Required

ބޭނުންވާ އިންޝުއަރަންސް

Plan of assurance : ____________________ WP/NP
ނަންގަވަން ބޭނުންވާ އިންޝުއަރަންސްގެ ބާވަތް

With effect from: ____________________
އިންޝުއަރަންސް ފެއްޓެވުން ބޭނުންވާ ތާރީޚް

Sum assured: ____________________
ޕޮލިސީގެ ޖުމްލަ އަދަދު

Term: ____________________
ޕޮލިސީގެ މުއްދަތު

Premium amount: ____________________
ޕްރީމިއަމް ފައިސާގެ އަދަދު

Frequency of premium payments:
ޕްރީމިއަމް ފައިސާ ދައްކަން ބޭނުންވާ ތަކުރާރު

☐ monthly
މަހުން މަހަށް

☐ quarterly
ތިންމަހުން އެއް ފަހަރު

☐ half yearly
އަހަރަކު ދެ ފަހަރު

☐ yearly
އަހަރަކުން

☐ single
އެއްފަހަރު ފަހަރަކު

Mode of premium payment:
ޕްރީމިއަމް ފައިސާ ދައްކަން ބޭނުންވާ ގޮތް

☐ Cash
ފައިސާ

☐ Cheque
ޗެކް

☐ Bank order
ބޭންކް އޯޑަރ

☐ Salary deduction
މުސާރައިން ކަނޑައިގެން

☐ Internet banking
އިންޓަނެޓް ބޭންކިން

Family History

އާއިލާގެ މައުލޫމާތު

Have you previously made any life proposal with Allied? މީގެ ކުރިން އެލައިޑަށް ލައިފް ފޯމެއް ހުށަހަޅާފައިވޭތޯ؟	Yes ☐ އާން	No ☐ ނޫން		
Family history އާއިލާގެ މައުލޫމާތު	**Age if living** އުމުރު	**State of health** ސިއްހީ ހާލަތު	**Age at death** ނިޔާވި އުމުރު	**Cause of death** ނިޔާވި ސަބަބު
Father ބައްޕަ				
Mother މަންމަ				
Brothers އެއްބަޔޭ އެއްބަފާ ފިރިހެން				
Sisters އެއްބަޔޭ އެއްބަފާ އަންހެން				

Personal History

އިންޝުއަރ ކުރެވޭ ފަރާތުގެ ހާއްސަ މައުލޫމާތު

Height: ____________ cm　Weight: ____________ kg
އިސްކޮޅު　ސމ　ބަރުދަން　ކގ

How many cigarettes do you smoke daily? ____________
ދުންފަތުގެ އިސްތިއުމާލު ކުރައްވާނަމަ، ދުވާލަކު ކިތައް ސިގިރޭޓު ބޯން ކުރައްވަންތޯ؟

Name and address(Clinic/Hospital) of your usual medical attendant: ____________
އާއްމުކޮށް ދައްކާ ޑޮކްޓަރުގެ ނަމާއި ކްލިނިކް/ ހޮސްޕިޓަލް

Has been attendant for ____________ years
މިވަގުތު ދެންނެވުނު ޑޮކްޓަރަށް ދައްކަވާތީ މުއްދަތު　އަހަރު

Date of last visit: ____________
އެންމެ ފަހުން ޑޮކްޓަރަށް ދެއްކި ތާރީޚް

Reason for last visit: ____________
އެންމެ ފަހުން ޑޮކްޓަރަށް ދެއްކި ސަބަބު

a. In addition to the visit mentioned above have you consulted any other medical practitioner (please give name) during past five years? Yes ☐ No ☐
ހ. މިވަގުތު ދެންނެވުނު ޑޮކްޓަރު ފިޔަވައި އެހެން ޑޮކްޓަރަކަށް ދައްކަވާފައިވާ ފަސް އަހަރުގެ މުއްދަތުގެ ތެރޭގައި ދައްކަވާފައިވޭތޯ؟ (ނަމާއި އެޑްރެސް އަދި ސަބަބު ބަޔާންކޮށް)　އާން　ނޫން

If Yes give full particulars: ____________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

b. Have you ever attended hospital for treatment, operation or investigation or had any x-ray? Yes ☐ No ☐
ށ. އެއްވެސް ފަރުވާއަކަށް، އޮޕަރޭޝަނަކަށް ނުވަތަ އެކްސްރޭ ނެގުމަށް ހޮސްޕިޓަލަކަށް ދާންޖެހިފައިވޭތޯ؟　އާން　ނޫން

If Yes give full particulars: ____________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

c. Have you ever suffered from any of the following?
ނ. ތިރީގައި މިދަންނަވާ އެއްވެސް ބައްޔެއް ޖެހިލުއްވައިގެންވޭތޯ؟

1. Bronchitis, asthma or any other complaint of the lungs or respiratory system. Yes ☐ No ☐
1. ބްރޮންކައިޓިސް، ނޭވާހިއްލުން ނުވަތަ ނޭވާ ނިޒާމުގެ އެއްވެސް ބައްޔެއް؟　އާން　ނޫން

If Yes give full particulars: ____________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

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

2. ހ. ހިތުގެ ނުވަތަ ޚޫނުދައުރުގެ ބައްޔާއި ނުވަތަ ބަނޑުގެ ނުވަތަ ގޮހޮރުގެ ބަލިތައް، ލޭއޮހޭ ހާލަތު، ހޭނެތޭ ނުވަތަ ވާރޭބަލި ދިމާވޭތޯ؟
ށ. ބީޓާ ތެލަސީމިއާ ކެރިއަރެއްތޯ؟

If Yes give full particulars: ______________________________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލް

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

3. ނަފްސާނީ ގޮތުން އެއްވެސް ކަހަލަ ހާލަތެއް، ޑިޕްރެޝަން، ވިސްނުން ނުވަތަ ދިމާ ގުޅުންހުރި އެއްވެސް ކަމަކާ ނަފްސާނީ ޑޮކްޓަރަކާ
އަރިހުގައި ބައްދަލުކޮށްފައިވޭތޯ؟

If Yes give full particulars: ______________________________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލް

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

4. ސަބަބު ނޭނގި ހުންއައިސް، ހަމުގެ އެއްވެސް ބައްޔެއް ހުރިތޯ؟

If Yes give full particulars: ______________________________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލް

5. Unexplained persistent night sweats? Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

5. އާދައާ ހިލާފަށް ރޭރޭގައި ދާއެރޭތޯ؟

If Yes give full particulars: ______________________________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލް

6. Unexplained weight loss? Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

6. އާދައާ ހިލާފަށް ބަރުދަން ލުއިވޭތޯ؟

If Yes give full particulars: ______________________________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލް

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

7. އިންފެކްޝަންގެ އަސަރުތަކެއް، ގޮށްޓާ ފުއްޕޭތޯ؟

If Yes give full particulars: ______________________________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލް

8. Chronic recurrent diarrhea? Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

8. ދިގުދުވަސްތަކެއް ވަންދެން، އަވަސް އަވަހަށް ބަނޑު ހިންގުމުގެ މައްސަލަ ދިމާވޭތޯ؟

If Yes give full particulars: ______________________________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލް

9. Persistent cough? Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

9. އާދައާ ހިލާފަށް ގިނަގިނައިން ކެއްސާތޯ؟

If Yes give full particulars: ______________________________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލް

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

10. ހެޕަޓައިޓިސް ބީ، ނުވަތަ ޖިންސީގުޅުމުން އަރާބަލި، އަދި ޖިންސީ ގުނަވަންތަކުގައި ފާރުހުރި، އެއްވެސް
ނުބައިގެ އެއްޗެއް އާދޭތޯ؟

If Yes give full particulars: ______________________________
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލް

11. Stroke High or Low blood pressure?

11. ޓާމަރަތް ގޭސް ނުވަތަ ލޭދަށްވާ (ބްލަޑްޕްރެޝަރު) ސްޓްރޯކް ޖެހުނުތޯ؟

Yes ☐ No ☐
އާން ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

12. Are you suffering from Diabetes Mellitus?

12. ހަކުރު ބަލި ހުރިތޯ؟

Yes ☐ No ☐
އާން ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

13. Are you suffering from any thyroid dysfunction?

13. ތައިރޮއިޑްގެ އެއްވެސް މައްސަލައެއް ހުރިތޯ؟

Yes ☐ No ☐
އާން ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

14. Cancer, growth or other malignancy?

14. ކެންސަރު ނުވަތަ ކެންސަރަށް ވެދާނެ އެއްވެސް އަލާމާތެއް ފެނުނުތޯ؟

Yes ☐ No ☐
އާން ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

15. Any kidney or bladder disorder?

15. ކިޑްނީ އަދި ކުޑަކަމުދާ ނިޒާމުގެ އެއްވެސް ބައްޔެއް ހުރިތޯ؟

Yes ☐ No ☐
އާން ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

16. Any disease or disorder of the eyes, ears, nose or throat?

16. ލޯ، ކަންފަތް، ނޭފަތް އަދި ކަރުތަކުރާގެ އެއްވެސް އުނދަގޫތަކެއް ނުވަތަ ބައްޔެއް ހުރިތޯ؟

Yes ☐ No ☐
އާން ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

17. Dizziness, numbness or paralysis?

17. ބޮލުއަސްބުރުން، އަތްފައި އަދިސިލުވުން ނުވަތަ ފާޅިލިބަލި ހުރިތޯ؟

Yes ☐ No ☐
އާން ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

18. Any illness or disease not mentioned above?

18. މަތީގައި ނަންގަނެވިފައިނުވާ ބަލިތަކުގެ އިތުރުން އެއްވެސް ބައްޔެއް ހުރިތޯ؟

Yes ☐ No ☐
އާން ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

d. Are you taking any medicine or drug or receiving any treatment?

ދ. މިހާރު އެއްވެސް ބޭސްފަރުވާ ބޭނުމެއް ނުވަތަ އެއްވެސް ފަރުވާއެއް ކުރަމުންދޭތޯ؟

Yes ☐ No ☐
އާން ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު

e. Has any Insurance company ever requested any additional premium or postponed or declined a proposal for life assurance on your life?
ހ. އެއްވެސް އިންޝުއަރަންސް ކުންފުންޏަކުން ލައިފް އިންޝުއަރަންސް ޕްރީމިއަމް އިތުރުކުރުމަށް ހުށަހެޅުމެއްވޭތޯ ނުވަތަ ޕްރޮޕޯސަލް ފަސް
ކުރުން ނުވަތަ ޕޯސްޓްޕޯންކުރެވުން ދޫކޮށްލާފައިވޭތޯ؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

Do you have any intention or expectation?
ތިރީގައިވާ ކަންތައްތައް ކުރެއްވުމުގެ އެއްވެސް ވަރަކަށް އިރާދާ ކުރައްވަންތޯ؟

1. Of flying other than as a fare paying passenger?
ވައިގެ ދަތުރުތަކުގައި ޕެސެންޖަރެއްގެ ގޮތުގައި ނޫންގޮތަކަށް ދަތުރުކުރުން؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

2. Of engaging in motor racing or other hazardous pursuits?
އިންޖީނުލީ ދުއްވާތަކެއްގައި ރޭސްވެރިކަމުން ނުވަތަ ދިމާދާ ނުރައްކާތެރި ކުޅިވަރުތަކުގައި ބައިވެރިވުން؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

3. Of changing your occupation?
ވަޒީފާ ބަދަލުކުރުން؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު ________________________________

____

f. Have you ever had or been advised to have a blood test for AIDS or an AIDS related condition?
ށ. އެއްވެސް އިރެއްގައި އެއިޑްސްއަށް ނުވަތަ އެއިޑްސް އާއި ގުޅުންހުރި ކަމެއްގައި ޓެސްޓު ކުރިންތޯ؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު ________________________________

g. Have you ever been refused as blood donor?
ނ. އެއްވެސް އިރެއްގައި ލޭ ދިނުމުގައި ހުރަސް އެޅޭ ކަމެއް ދިމާވިތޯ؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު ________________________________

h. Have you received blood transfusion within last five years?
ރ. ފާއިތުވި ފަސް އަހަރު ތެރޭގައި ލޭ އަޅަން ޖެހުނުތޯ؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު ________________________________

e. FOR FEMALES ONLY ބ. އަންހެނުން ކަނބަލުންނަށް ޚާއްސަ

1. Have you been menstruating regularly? މައްސަރުކަންތަ ފާވަމުން ޖެހޭތޯ؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

2. Have you had any miscarriage? އެއްވެސް އިރެއްގައި ބަލިވެން ދިޔަތޯ؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

3. Are you pregnant now? މިހާރު މާބަނޑުތޯ؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

4. Have you suffered from any disease of breast, ovaries or uterus?
އުރަމަތި، ރަހިމު ނުވަތަ ދަރިމަހިވާ ނިޒާމުގެ އެއްވެސް ބައްޔެއް ޖެހިތޯ؟

Yes ☐ އާން No ☐ ނޫން

5. State date of last menstruation އެންމެ ފަހުން މައްސަރު ކަންތައް ޖެހުނު ތާރީޚް ________________

6. State date of last delivery އެންމެ ފަހުން ވިހެއި ތާރީޚް ________________

If Yes give full particulars:
އާއެކޭ ނަމަ އިތުރު ތަފްސީލު ________________________________

Beneficiaries (If any)

Name: ނަން	Relationship: ގުޅުން / ހުރިގޮތަކަށް
ID No. އައި.ޑީ ނަންބަރު	Address: އެޑްރެސް

Beneficiaries (If any)

Name: ނަން	Relationship: ގުޅުން / ހުރިގޮތަކަށް
ID No. އައި.ޑީ ނަންބަރު	Address: އެޑްރެސް

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.

Signature:	Date:

To be completed and signed by the proposer (If other than life to be assured)

Name: ނަން		Relationship: ގުޅުން / ހުރިގޮތަކަށް
Contact No: ފޯނު ނަންބަރު	Mobile No: މޮބައިލް ނަންބަރު	Address: އެޑްރެސް
Email: އީމެއިލް	Sign: ސޮއި	Date: ތާރީޚު

Documents required with the Proposal:	☐ I.D. Card (Life Assured and Beneficiaries)

Office use only			
Rate:	Premium:	Filled By:	Checked By:

Calculation:

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