Allied Insurance Company

Proposal no.

Policy no.

# Cargo Insurance Proposal Form

ކާގޯ އިންޝުއަރަންސްއަށް އެދޭ ފޯމު

☐ Individual / އަމިއްލަ ފަރުދުން

☐ Company / ކުންފުނި

Occupation: ____ / ވަޒީފާގެ ނައުޢު

Nature of Business: ____ / ވިޔަފާރީގެ ބާވަތް

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

Date of Birth: / އުފަން ތާރީޚު D D M M Y Y Y Y

☐ Male / ފިރިހެން ☐ Female / އަންހެން

Permanent Address (as in ID card): ____ / ދާއިމީ އެޑްރެސް (އައިޑީ ކާޑުގައި ވާގޮތަށް)

Postal Address (fill below): / ޕޯސްޓަލް އެޑްރެސް

House/Building name: ____ / ގޭގެނަން/ އިމާރާތުގެ ނަން

Road: ____ / މަގު

District: ____ / އަވަށް

Postal Code: ____ / ޕޯސްޓަލް ކޯޑު

Atoll,Island: ____ / އަތޮޅު، ރަށް

☐ National ID Card / އައިޑީ ކާޑު

☐ Registration Certificate / ރަޖިސްޓްރީ ސެޓްފިކެޓް

☐ Work Permit / ވޯކް ޕާމިޓް

☐ Passport / ޕާސްޕޯޓް

ID No. / އައިޑީ ނަންބަރު

Reg No. / ރަޖިސްޓްރީ ނަންބަރު

Nationality: ____ / ގައުމު

Contact Name: ____ / ގުޅަންޖެހޭ މީހާގެ ނަން

Contact No: ____ / ގުޅަންޖެހޭ މީހާގެ ނަންބަރު

Email: ____ / އީމެއިލް

Fax: ____ / ފެކްސް

Bank name (If by LC):

Description of goods / Subject matter:

Value of goods / Sum insured:

Invoice no:

Invoice date:

Marks and numbers:

Bill of lading no:

Bill of lading date:

Goods containerized: ☐ Yes ☐ No

If Yes ☐ FCL ☐ LCL

Basis of valuation: ☐ CIF ☐ CNF ☐ FOB

others:

Voyage: From (country / port):

To (country / port):

If transit (country / port):

Sailing on / about:

Vessel name / Aircraft:

Mode of Transport: ☐ Sea ☐ Air

☐ Institute Cargo Clause (A)

☐ Institute Cargo Clause (B)

☐ Institute Cargo Clause (C)

☐ Institute War Clause

☐ Institute Strike Clause

Other Clauses ____

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 ޞައްޙަ މަޢުލޫމާތުކަމަށް އަޅުގަނޑު/ އަޅުގަނޑުމެން އިޤުރާރުވެ ސާބިތުކުރަމެވެ. މީގެ އިތުރުން، އިންޝުއަރަރ ކުރާ ފަރާތުން، އަޅުގަނޑު/ އަޅުގަނޑުމެން ނުވަތަ ހަމަޖެހިފައިވާ އިންޝުއަރަންސް ޕޮލިސީއާއި، ޕޮލިސީގެ ދަށުން ހިމެނޭ ކަވަރޭޖްތަކާއި ގުޅޭ ފުރިހަމަ މަޢުލޫމާތު އިންޝުއަރަރ ކުރާ ފަރާތާއި އަޅުގަނޑު/ އަޅުގަނޑުމެން ހިއްސާ ކޮށްފީމެވެ. އިންޝުއަރަންސް ކުންފުންޏާއި އަޅުގަނޑާއި/ އަޅުގަނޑުމެންނާއި ދެމެދުވާ އެއްބަސްވުން ބިނާވެފައި ވަނީ މި ފޯމުގައިވާ މަޢުލޫމާތުތަކުގެ މައްޗަށް ކަމުގައި ޤަބޫލުކުރަމެވެ.

Signature: Date:

Documents required with the Proposal: / ފޯމާއި އެކު ހުށަހަޅަންޖެހޭ ތަކެތި

☐ Invoice/ Pro-forma Invoice / އިންވޮއިސް/ ޕްރޮފޯމާ އިންވޮއިސް

☐ ID. Card/Company's registration copy / އައިޑީ ކާޑު / ކުންފުނީގެ ރަޖިސްޓްރީ ކޮޕީ

Office use only

Rate: Premium: Agent's Name:

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

**(Acceptance of Proposal means Insurance policy issued and premium collected.)**