Allied Insurance Company

Proposal no.
Policy no.

DIVE EQUIPMENT INSURANCE PROPOSAL FORM

ޑައިވިންގ ސާމާނުގެ އިންޝުއަރަންސް އެދޭ ފޯމު

☐ Individual / އަމިއްލަ ފަރުދުން

☐ Company / ކުންފުނި

Occupation: / ވަޒީފާގެ ނަޢުއިޔާ

Nature of Business: / ވިޔަފާރީގެ ބާވަތް

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

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

☐ Male / ފިރިހެން

☐ Female / އަންހެން

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

Postal Address (fill below): / ޕޯސްޓުކުރާ 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 / ވަރކް ޕަރމިޓް

☐ Passport / ޕާސްޕޯޓް

ID No. / އައި.ޑީ ނަންބަރު

Reg No. / ރަޖިސްޓްރީ ނަންބަރު

Nationality: / ޤައުމު

Contact Name: / ގުޅެންޖެހޭ މީހާގެ ނަން

Contact No: / ގުޅެންޖެހޭ މީހާގެ ނަންބަރު

Email: / އީމެއިލް

Fax: / ފެކްސް

Mortgagee:
Location of risk:
Nature of Business:
Period of Insurance:
Sum Insured:
Territorial Limits:

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 ފުރުކޮށްދީފައިވާ މައުލޫމާތަކީ ތެދު އަދި ސައްޙަ މައުލޫމާތުކަމަށް އަހުރެން/ އަހަރެމެން އިޤުރާރުވަމެވެ. މީގެ އިތުރުން، އިންޝުއަރަރ ކުރާ ފަރާތުން، އަހުރެން/
އަހަރެމެންގެ ނުރައްކަލާއި ގުޅިގެން އިންޝުއަރެންސް ޕޮލިސީއާއި، ޕޮލިސީގެ ދަށުން ހިމެނޭ ކަންތައްތަކާއި ގުޅޭ ފުރިހަމަ މައުލޫމާތު އިންޝުއަރަރ ކުރާ ފަރާތާއި އަހުރެން/ އަހަރެމެން
ހިއްސާ ކޮށްފީމެވެ. އިންޝުއަރަންސް ކުންފުންޏާއި އަހުރެންނާއި/ އަހަރެމެންނާއި ދެމެދުވާ އެއްބަސްވުން ބިނާވެފައި ވާނީ މި ފޯމުގައިވާ މައުލޫމާތުތަކުގެ މައްޗަށް ކަމަށް ޤަބޫލުކުރަމެވެ.

Signature:	Date:

Documents required with the Proposal: ☐ ID. Card/Company's registration copy ☐ List of the machineries with values

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.)