Allied Insurance Company

Erection All Risk Insurance Proposal Form

އިރެކްޝަން އޯލް ރިސްކް އިންޝުއަރަންސް އެދޭ ފޯމު

Proposal no.	
Policy no.	

☐ Individual / އަމިއްލަ ފަރުދުން

Occupation: ______ / ވަޒީފާގެ ދާއިރާ

☐ Company / ކުންފުނި

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): ______ / 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 / 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: ______ / ގުޅަންޖެހޭ މީހާގެ ނަން

Contact No: ______ / ގުޅަންޖެހޭ މީހާގެ ނަންބަރު

Email: ______ / އީމެއިލް

Fax: ______ / ފެކްސް

Mortgagee:	
Project Name:	
Nature of Project:	
Location of Project:	
Period of Insurance:	

Sum Insured:

Section 1. Material Damage:

Section 2. Third Party Liability: Any One Occurrence:

Aggregate:

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 ފުރިހަމަކުރެވިފައިވާ މައުލޫމާތުތަކަކީ ތެދު އަދި ސައްޙަ މައުލޫމާތުތަކެއް ކަމަށް އަޅުގަނޑު/ އަޅުގަނޑުމެން އިޤުރާރުވަމެވެ. މީގެ އިތުރުން، އިންޝުއަރަރ ކުރާ ފަރާތުން، އަޅުގަނޑު/
އަޅުގަނޑުމެން ނަގުމަށް ހަމަޖެހިފައިވާ އިންޝުއަރަންސް ޕޮލިސީއާއި، ޕޮލިސީ ދަށުން ހިމެނޭ ކަންތައްތަކާއި ގުޅޭ ފުރިހަމަ މައުލޫމާތު އިންޝުއަރަރ ކުރާ ފަރާތާއި އަޅުގަނޑު/ އަޅުގަނޑުމެން
ހިއްސާ ކޮށްފީމެވެ. އިންޝުއަރަންސް ކުންފުންޏާއި އަޅުގަނޑާއި/ އަޅުގަނޑުމެންނާއި ދެމެދުވާ އެއްބަސްވުން ބިނާވެގެން ވާނީ މި ފޯމުގައި ވާ މައުލޫމާތުތަކުގެ މައްޗަށް ކަމުގައި 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.)

Allied Insurance Company of the Maldives Pvt. Ltd. (C-43/84), Allied Building, 3rd Floor, Chaandhanee Magu, Male', 20156, Maldives.

1600 +960 332 5035 info@allied.mv www.allied.mv /alliedmv | A subsidiary of State Trading Organization Plc.