



Allied Insurance Company

Machinery Breakdown Insurance Proposal Form

މަސޯޅު ސަލާހަތު ފޯމު ދަނޯ ބަނޯ ދަނޯ ފަދަ ސަލާހަތު ދަނޯ ފޯމު ފުރު ދަނޯ ފޯމު

Proposal no. _____

Policy no. _____

<input type="checkbox"/> Individual ފަރާތް ފަރާތް Occupation: _____ ބަނޯ ފަދަ ބަނޯ Company/Office/Applicant's Name: _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް Date of Birth: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="checkbox"/> Male ފަރާތް ފަރާތް <input type="checkbox"/> Female ފަރާތް ފަރާތް Permanent Address (as in ID card): _____ (ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް) Postal Address (fill below): _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް House/Building name: _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް Road: _____ District: _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް Postal Code: _____ Atoll, Island: _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް	<input type="checkbox"/> National ID Card ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް <input type="checkbox"/> Registration Certificate ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް <input type="checkbox"/> Work Permit ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް <input type="checkbox"/> Passport ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ID No. _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް Reg No. _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް Nationality: _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް Contact Name: _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް Contact No: _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް Email: _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް Fax: _____ ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް ފަރާތް
---	---

Location of Risk: _____

Period of Insurance: _____

Has the machinery been insured before? Yes No

(a) Name of the insurer _____

(b) Nature of cover granted _____

(c) Whether the insurance is still current _____

Has any insurer in respect of the machinery you wish to insure or any other machinery you have had any interest in:

(a) Declined/Refused to insure you? Yes No

If yes, please give full details _____

(b) Increased your premium on renewal? Yes No

If yes, please give full details _____

Have you ever made a claim upon an insurer? Yes No

If yes, please give full details _____

Do you have any other machinery not included in this proposal? Yes No

If yes, please indicate which items are excluded and why? _____

Has your machinery sustained any damage from breakdown or other cause during last 3 years? Yes No

If yes, give details of damage(s). _____

Specification of Items to be Insured

Note:

If any of the machines is a “stand-by”, the same should be identified in the following schedule.

Item no.	Description of items	Year of Manufacture	Replacement Value

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 ބަޔާންކުރި ސަފުޙާގެ މަޢުލޫމާތު، ބަޔާންތައް، ބަޔާންކުރި ތަފަޞީލާއި ތަޢުލީމާއި ތަޢުލީމުގެ ތެރެއިން ބަޔާންކުރި މަޢުލޫމާތު ހުރިހާ ފަރާތްތަކުން ހުށަހަޅާ ފަދަ ގޮތެއްގައި ބަޔާންކުރި ވާނެއެވެ. އަދި ތަޢުލީމުގެ ތެރެއިން ބަޔާންކުރި ތަފަސީތްތައް ފޯމުގެ ތެރެއިން ބަޔާންކުރި ފަދަ ގޮތެއްގައި ބަޔާންކުރި ވާނެއެވެ. އަދި ތަޢުލީމުގެ ތެރެއިން ބަޔާންކުރި ތަފަސީތްތައް ފޯމުގެ ތެރެއިން ބަޔާންކުރި ފަދަ ގޮތެއްގައި ބަޔާންކުރި ވާނެއެވެ. އަދި ތަޢުލީމުގެ ތެރެއިން ބަޔާންކުރި ތަފަސީތްތައް ފޯމުގެ ތެރެއިން ބަޔާންކުރި ފަދަ ގޮތެއްގައި ބަޔާންކުރި ވާނެއެވެ.

Signature: _____ Date: _____

Documents required with the Proposal: Previous Maintenance Records (If applicable)

Office use only
 Rate: _____ Premium: _____ Agent's/Broker'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.)**