



Allied Insurance Company

# Terrorism Insurance Proposal Form

ޖެނެރަލް ޕްރޮޕޯޝަލް ފޯމް ޕްރޮޕޯޝަލް ފޯމް ޕްރޮޕޯޝަލް ފޯމް

Proposal no.

Policy no.

<input type="checkbox"/> Individual ފަރާތް ފަރާތް	<input type="checkbox"/> Company ޔާމީނު	<input type="checkbox"/> National ID Card ގައުމީ ޕްލާންޕްލެޓް	<input type="checkbox"/> Registration Certificate ރެޖިސްޓްރޭޝަން ސެޓްޕްރިސެޕްޓް
Occupation: ބޭރު ދަނޑު	Nature of Business: ޖަހާ ދަނޑު	<input type="checkbox"/> Work Permit ބަނޑު ޕެރިޓް	<input type="checkbox"/> Passport ޕާސުޕޯޓް
Company/Office/Applicant's Name: ޔާމީނު/ޔާމީނު ޔާމީނު ޔާމީނު ޔާމީނު ޔާމީނު		ID No. އެލްޕްޕްލިކެންޓް ނަންބަރު	<input type="text"/>
Date of Birth: ފޯމުލު ދުވަހު	<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> YY <input type="text"/> YY <input type="text"/> YY	<input type="checkbox"/> Male މިނިސްޑަރު	<input type="checkbox"/> Female އިސްޑަރު
Permanent Address (as in ID card): ފޯމުލު ދުވަހު ޕްލާންޕްލެޓް (އެލްޕްޕްލިކެންޓް ނަންބަރު)		Reg No. ރެޖިސްޓްރޭޝަން ނަންބަރު	<input type="text"/>
Postal Address (fill below): ފޯމުލު ދުވަހު ޕްލާންޕްލެޓް		Nationality: ގައުމު	<input type="text"/>
House/Building name: ބޭރު ދަނޑު ނަންބަރު		Contact Name: މަޢުލޫމާތު ދަނޑު ނަންބަރު	<input type="text"/>
Road: ފަހު	District: ދާއިރާ	Contact No: މަޢުލޫމާތު ދަނޑު ނަންބަރު	<input type="text"/>
Postal Code: ފޯމުލު ދުވަހު	Atoll, Island: ދަޅުމަތީ، ޖަހާ ދަނޑު	Email: މެއިލް	<input type="text"/>
		Fax: ފެކްސް	<input type="text"/>

Period of Insurance:

## Details of Risk Premises

Risk Name:
Location of Risk:
Nature of Business/Premises:

## Sum Insured

Property Damage:
Business Interruption:
Total:
Territorial Limits:

