

فرم پیشنهاد بیمه‌های باربری داخلی

شماره سریال:

مقتضای گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید.

در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

بیمه‌گذار محترم: نظر به اینکه بیمه‌نامه مورد درخواست جنابعالی / آن شرکت محترم بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می‌شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.

بیمه‌گذار	بیمه‌گذار: _____ کدملی / کد اقتصادی / شناسه ملی: _____
	نشانی: _____ کدپستی: _____ تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____ فاکس: _____ ایمیل: _____
ذینفع	نام: _____ کدملی / کد اقتصادی / شناسه ملی: _____ تلفن: _____
	نشانی: _____ کدپستی: _____
مشخصات کالا	نوع کالا: _____ وزن / مقدار کالا: _____ ارزش کالا: _____
	نوع بسته‌بندی: _____ تعداد بسته‌ها: _____ وضعیت کالا: <input type="checkbox"/> نو <input type="checkbox"/> مستعمل
	شماره فاکتور: _____ تاریخ فاکتور: _____
	شماره بارنامه: _____ تاریخ بارنامه: _____
	تعداد حمل: _____ حداکثر ارزش هر محموله: _____ علامت: _____
	شرایط خاص کالا و حمل آن: _____ سایر اطلاعات تکمیلی: _____
حمل	مبدأ: _____ مقصد: _____
	وسیله حمل: <input type="checkbox"/> کشتی <input type="checkbox"/> هواپیما <input type="checkbox"/> قطار <input type="checkbox"/> کامیون <input type="checkbox"/> تریلی <input type="checkbox"/> سایر: _____ حمل با کانتینر: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر مشخصات کامل وسیله حمل: (شامل نام راننده، شماره پلاک): _____
پوشش	پوشش‌های اصلی: بیمه آتش‌سوزی و حادثه وسیله نقلیه (شامل: تصادم، تصادف، واژگونی و سقوط وسیله نقلیه) سایر پوشش‌ها (پوشش‌های اضافی درخواستی): _____
	نماینده / کارگزار بیمه: _____ کد: _____

نام و نام خانوادگی کارشناس بیمه / نماینده بیمه / کارگزار:
تاریخ و مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:
تاریخ و مهر و امضاء: