

فرم پیشنهاد بیمه‌های باربری وارداتی / صادراتی

شماره سریال:

متقاضی 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: _____
بانک	بانک گشایش کننده اعتبار: _____ نام شعبه: _____ کد شعبه: _____ تلفن: _____
	نشانی: _____ کد پستی: _____
مشخصات کالا	نوع کالا طبق پروفورما: _____ ارزش کالا طبق پروفورما: _____
	شماره پروفورما: _____ تاریخ پروفورما: _____ نوع ارز: _____ نرخ ارز: _____
	شماره هشت رقمی ثبت سفارش: _____ تاریخ ثبت سفارش: _____
	نوع قرارداد خرید: _____ با احتساب: _____ ۱۰٪ افزایش <input type="checkbox"/> ۲۰٪ افزایش <input type="checkbox"/> بدون افزایش <input type="checkbox"/>
	مقدار کالا: _____ نوع بسته‌بندی: _____ تعداد بسته‌ها: _____ علامت: _____
	تعداد حمل: _____ حداکثر ارزش هر محموله: _____
	شرایط خاص کالا و حمل آن: _____ سایر اطلاعات تکمیلی: _____
حمل	مبدأ: _____ مقصد: _____ مرز ورودی: _____
	وسیله حمل: کشتی <input type="checkbox"/> هواپیما <input type="checkbox"/> قطار <input type="checkbox"/> کامیون <input type="checkbox"/> تریلی <input type="checkbox"/> سایر: _____
	پارتنریمنت (حمل به دفعات): مجاز <input type="checkbox"/> غیر مجاز <input type="checkbox"/> ترانشیپمنت (حمل مرکب) مجاز <input type="checkbox"/> غیر مجاز <input type="checkbox"/>
	حمل با کانتینر: تا مرز <input type="checkbox"/> تا مقصد <input type="checkbox"/> حمل روی عرشه: مجاز <input type="checkbox"/> غیر مجاز <input type="checkbox"/>
کشتی: نام: _____ سن: _____ طبقه‌بندی شده <input type="checkbox"/> طبقه‌بندی نشده <input type="checkbox"/>	
پوشش	شرایط A <input type="checkbox"/> شرایط B <input type="checkbox"/> شرایط C <input type="checkbox"/>
	سایر پوشش‌ها: _____
معرف	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: