



پیشنهاد بیمه نامه باربری

بدینوسیله از شرکت بیمه تعاون درخواست می‌گردد برای کالای مشروحه ذیل بر اساس شرایط مندرج در این پیشنهاد، بیمه نامه حمل کالای وارداتی / صادراتی / ترانزیتی صادر نماید.

بیمه تعاون
(تعاونی سهامی عام)

مشخصات بیمه گذار / ذینفع	
بیمه گذار:	شماره ملی / اقتصادی:
نشانی:	تلفن:
نام ذینفع:	شماره ملی / اقتصادی:
نشانی:	تلفن:
مشخصات کالای مورد بیمه	
شرح مورد بیمه:	مقدار محموله:
ارزش مورد بیمه به ارز:	حداکثر ارزش محموله در هر حمل:
نام ارز:	نوع ارز: رسمی <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/>
وضیعت کالا: نو <input type="checkbox"/> مستعمل <input type="checkbox"/>	نوع و تعداد بسته بندی:
شماره و تاریخ ثبت سفارش:	شماره و تاریخ پروفرما:
شرایط خرید/ فروش (اینکوترمز):	شماره و تاریخ اظهارنامه / پروانه صادرات:
ارزش اضافی: درصد عدم النفع (حداکثر تا ۱۰ درصد):	درصد کرایه حمل:
سایر:	
مشخصات حمل	
مبدأ حمل (کشور، شهر):	مقصد حمل (کشور، شهر):
مرز ورود/خروج:	حمل با کانتینر تا مقصد نهایی <input type="checkbox"/> حمل با کانتینر تا مرز <input type="checkbox"/>
نوع وسیله حمل و نقل: کشتی <input type="checkbox"/> هواپیما <input type="checkbox"/> کامیون <input type="checkbox"/> قطار <input type="checkbox"/> دوبه <input type="checkbox"/> بارج <input type="checkbox"/> لندیگ کرافت <input type="checkbox"/> لنج <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	شماره شهربانی کامیون:
نام کشتی:	وضعیت اعتبار گواهی نامه های کشتی:
موسسه رده بندی کشتی:	نوع کشتی: طبقه بندی شده <input type="checkbox"/> طبقه بندی نشده <input type="checkbox"/> چارتر <input type="checkbox"/> لاینر <input type="checkbox"/> غیرلاینر <input type="checkbox"/>
سن کشتی: کمتر از ۱۵ سال <input type="checkbox"/> ۱۶ تا ۲۰ سال <input type="checkbox"/> ۲۱ تا ۳۰ سال <input type="checkbox"/> ۳۱ تا ۴۰ سال <input type="checkbox"/> بیش از ۴۰ سال <input type="checkbox"/>	حمل محموله روی عرشه کشتی مجاز است <input type="checkbox"/> مجاز نیست <input type="checkbox"/>
حمل به دفعات (پارتشیپمنت) مجاز است <input type="checkbox"/> نیست <input type="checkbox"/>	انتقال محموله از یک وسیله حمل به وسیله حمل دیگر (ترانشیپمنت) مجاز است <input type="checkbox"/> نیست <input type="checkbox"/>
آیا محموله از مبدأ حمل گردیده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> محل فعلی محموله:	آیا محموله دارای خسارت است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ شرح دهید:
آیا محموله تاکنون تحت پوشش بیمه نامه باربری دیگری بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفا تصویر بیمه نامه باربری قبل پیوست گردد.	
شرایط درخواستی بیمه نامه باربری:	
شرایط A <input type="checkbox"/> شرایط B <input type="checkbox"/> شرایط C <input type="checkbox"/> Total Loss <input type="checkbox"/> شرایط C به انضمام عدم تحویل بسته کامل <input type="checkbox"/> سایر پوشش های مورد درخواست:	
سایر توضیحات بیمه گذار در خصوص مشخصات ریسک پیشنهادی که در این پرسش نامه درخواست نشده و به نظر بیمه گذار در ارزیابی ریسک بیمه گر موثر خواهد بود:	

✓ اطلاعات فوق الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه و همچنین اطلاع از عواقب کتمان حقایق و بیان خلاف واقع اعلام شده است و چنانچه در طول مدت بیمه تغییراتی در آن به وجود آید، بلافاصله مراتب به آن شرکت اعلام خواهد شد.

✓ تکمیل این فرم پیشنهاد پیش از صدور بیمه نامه، هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و یا تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

✓ تعهد می نمایم در صورت صدور بیمه نامه، حق بیمه متعلقه را پرداخت نمایم.

مهر و امضاء نماینده/کارگزار

تاریخ مهر و امضاء بیمه گذار