

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه باربری (وارداتی-صادراتی)

از شرکت بیمه سینا درخواست می گردد برای کالای مشروحه ذیل بر اساس شرایط مندرج در این پیشنهاد بیمه نامه حمل کالای وارداتی ، صادراتی ، ترانزیت صادر نمایید .

بیمه گزار مشخصات	کد نمایندگی / کارگزار / واحد صدور :	
	نام بیمه گزار :	نشانی بیمه گزار :
	کد ملی/اقتصادی/شناسه ملی بیمه گزار :	تلفن بیمه گزار:
	نام شخص ذینفع/بانک گشایش کننده اعتبار :	کد پستی/شماره ثبت :
مشخصات مورد بیمه	شرح مورد بیمه :	
	مقدار مورد بیمه :	شماره و تاریخ ثبت سفارش :
	نوع بسته بندی :	شماره و تاریخ پروفرما / فاکتور:
	<input type="checkbox"/> حمل با کانتینر تامقصد نهایی <input type="checkbox"/> حمل با کانتینر تا مرز ورودی <input type="checkbox"/> حمل بدون کانتینر	
	وضعیت کالا : <input type="checkbox"/> نو <input type="checkbox"/> دست دوم (مستعمل)	
مورد خسارت	A <input type="checkbox"/> ، B <input type="checkbox"/> ، C <input type="checkbox"/> ، به انضمام عدم تحویل بسته کامل <input type="checkbox"/> ، TOTAL LOSS <input type="checkbox"/> ، سایر پوشش های مورد درخواست :	
مبلغ مورد بیمه	مبلغ مورد بیمه به ارز :	
	نام ارز : یورو <input type="checkbox"/> ، دلار <input type="checkbox"/> ، درهم امارات <input type="checkbox"/> ، یوان چین <input type="checkbox"/> ، سایر	
	شرایط خرید/ فروش (اینکوترمز): EXW <input type="checkbox"/> ، FOB <input type="checkbox"/> ، CFR <input type="checkbox"/> ، سایر	
	ارزش اضافی : درصد عدم النفع (حداکثر تا ۱۰ درصد) ، درصد کرایه حمل ، بدون احتساب درصد افزایش ، سایر	
شرایط حمل	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"/> لندینگ کرافت <input type="checkbox"/> لنج <input type="checkbox"/> سایر	
	شماره بارنامه : نام شرکت متصدی حمل :	
	نوع کشتی/شناور : رده بندی شده <input type="checkbox"/> رده بندی نشده <input type="checkbox"/> چارتر <input type="checkbox"/> لاینر <input type="checkbox"/> غیرلاینر <input type="checkbox"/>	
	سن کشتی/شناور : 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"/>	
	مبداء حمل : پارت شیپمنت : مجاز <input type="checkbox"/> غیر مجاز <input type="checkbox"/>	
مقصد حمل : ترانسشیپمنت : مجاز <input type="checkbox"/> غیر مجاز <input type="checkbox"/>		
مرز ورودی / خروجی :		
توضیحات	سایر توضیحات بیمه گزار در خصوص مشخصات ریسک پیشنهادی که درخواست نشده و به نظر بیمه گزار در ارزیابی ریسک بیمه گر موثر خواهد بود :	
<p>این پرسشنامه و پیشنهاد ، مبنای انعقاد قرارداد بیمه باربری بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد . اطلاعات فوق الذکر بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه ، و همچنین اطلاع از عواقب کتمان حقایق و یا بیان مطالب خلاف واقع اعلام شده است و چنانچه در طول مدت بیمه تغییری در آن بوجود آید ، بلافاصله مراتب به آن شرکت اعلام خواهد شد . تکمیل این فرم پیشنهاد قبل از صدور بیمه نامه هیچگونه حقی برای بیمه گزار و یا تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید . - تعهد می نمایم در صورت صدور بیمه نامه ، حق بیمه متعلقه را پرداخت نمایم .</p>		

مهر و امضاء نماینده /کارگزار/ واحد صدور دفتر مرکزی :

مهر و امضاء بیمه گزار :

تهران ، بلوار میرداماد ، نبش خیابان نفت شمالی ، پلاک ۲۲۵ تلفن گویا : ۰۲۱-۲۸۳۷۷ - تلفن و نمابر : ۰۳۰ - ۲۲۹۱۶۰۱۱-۰۲۱