



پیشنهاد و پرسشنامه بیمه باربری وارداتی و صادراتی

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم می باشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

| | | | |
|-----------------------|---|---|----------------|
| پیشنهاد دهنده | نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/>): | کد ملی/شناسه ملی: | |
| | تاریخ تولد/ثبت: | کد اقتصادی: | |
| مشخصات | نشانی: استان: | شهر: | |
| | خیابان: | کوچه: | |
| بیمه | تلفن ثابت: | دورنگار: | |
| | تلفن همراه: | پست الکترونیک/وب سایت: | |
| ذینفع | نام بانک (بانک <input type="checkbox"/> موسسه مالی و اعتباری <input type="checkbox"/>): | نام شعبه: کد شعبه: | |
| | نام ذینفع (شخص حقیقی <input type="checkbox"/>): | سایر: | |
| مورد بیمه | نام و مشخصات دقیق کالای مورد بیمه (طبق پروفرما): | مقدار کالا: | |
| | نوع بسته بندی: | وضعیت کالا: <input type="checkbox"/> نو <input type="checkbox"/> دست دوم | |
| ارزش | ارزش کالای مورد بیمه (طبق پروفرما) | نوع ارز | |
| | نوع قرارداد: <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CPT <input type="checkbox"/> EXW | سایر: | |
| مشخصات حمل | ارزش اضافی: <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> بدون ارزش اضافی | | |
| | مبدأ: | مقصد: | |
| اسناد | وسیله حمل: کامیون <input type="checkbox"/> قطار <input type="checkbox"/> هواپیما <input type="checkbox"/> لنج <input type="checkbox"/> بارج <input type="checkbox"/> کشتی <input type="checkbox"/> (غیر طبقه بندی <input type="checkbox"/> چارتر <input type="checkbox"/> لاینر <input type="checkbox"/> غیر لاینر <input type="checkbox"/>) | مرز ورودی/خروجی: | |
| | سن کشتی: تا ۱۵ سال <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۳۰ سال <input type="checkbox"/> بیش از ۳۰ سال <input type="checkbox"/> (در صورتیکه کالا با بیش از یک وسیله نقلیه حمل می شود، تمامی گزینه های مربوطه را انتخاب فرمایید.) | بسته بندی حمل: حمل کالا با کانتینر تا مقصد <input type="checkbox"/> حمل کالا با کانتینر تا مرز ورودی <input type="checkbox"/> بدون کانتینر <input type="checkbox"/> | شماره پروفرما: |
| پوشش | ترانس شپیمنت: مجاز <input type="checkbox"/> غیرمجاز <input type="checkbox"/> | پارت شپیمنت: مجاز <input type="checkbox"/> غیرمجاز <input type="checkbox"/> | شماره فاکتور: |
| | شرایط A <input type="checkbox"/> شرایط B <input type="checkbox"/> شرایط C <input type="checkbox"/> شرایط C به انضمام خطر عدم تحویل <input type="checkbox"/> Total loss <input type="checkbox"/> | | تاریخ پروفرما: |
| قانون بیمه | ماده ۱۰ قانون بیمه: در صورتیکه مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد، بیمه گر به تناسب مبلغی که بیمه کرده است، به قیمت واقعی مال، مسئول خسارت خواهد بود. | شماره هشت رقمی ثبت سفارش: | |
| | ماده ۱۲ قانون بیمه (اصل حسن نیت): بیمه گذار موظف است که در هنگام عقد قرارداد بیمه و در جریان آن، کلیه اطلاعاتی را که در خصوص مورد بیمه دارد (که موثر در ارزیابی خطر است)، با کمال درستی و صداقت اظهار کند (اعم از اینکه بیمه گر این اطلاعات را خواسته باشد یا نخواستہ باشد)، بطوریکه بیمه گر با بهره گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می دهد، تشخیص دهد. | شماره اعتبار اسنادی: | |
| تأییدیه پیشنهاد دهنده | مواد ۱۰ و ۱۲ قانون بیمه مندرج در کادر فوق - نکات قابل توجه - را مطالعه و از آن آگاهی یافتیم. در صورت قبول پیشنهاد از طرف "شرکت بیمه سرمد" و اخذ پوشش بیمه نامه باربری وارداتی و صادراتی، متعهد می شوم شرایط عمومی مندرج در ظهر آن و شرایط خصوصی را که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد، بلافاصله پس از دریافت بیمه نامه مطالعه و مفاد آنرا بپذیرم. صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است. نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده: | شعبه/نماینده/کارگزار | |
| | تاریخ: | مهر و امضاء: | |
| | | تاریخ: | |