

کد فرم: MIF001
تجدید نظر: 02
صفحه: ۱ از ۱

تاریخ پیشنهاد:

نام بیمه گذار:	کد ملی/شناسه ملی:
نشانی بیمه گذار:	کد اقتصادی:
بانک گشایش کننده اعتبار:	کد پستی:
نام ذینفع:	تلفن همراه:
	تلفن:

نوع کالا:	نوع بسته بندی:
وضعیت کالا: <input type="checkbox"/> نو <input type="checkbox"/> دست دوم (مستعمل)	مقدار کالا:
شماره پروفرما:	شماره ثبت سفارش:
شماره بارنامه یا اظهارنامه:	شماره بارنامه یا اظهارنامه:
تاریخ پروفرما:	تاریخ ثبت سفارش:
	تاریخ بارنامه یا اظهارنامه:

<input type="checkbox"/> کلوز A	<input type="checkbox"/> کلوز B	<input type="checkbox"/> کلوز C	<input type="checkbox"/> کلوز C بانضمام عدم تحویل یک بسته
<input type="checkbox"/> TOTAL LOSS (از بین رفتن محموله در یک مرحله و در نتیجه آتش سوزی)			
سایر پوشش های اضافی مورد درخواست:			

ارزش مورد بیمه به ارز:	نام ارز:	نوع ارز:	مبادله ای	آزاد
شرایط خرید/فروش (اینکوترمز):	<input type="checkbox"/> EXW	<input type="checkbox"/> FOB	<input type="checkbox"/> FCA	<input type="checkbox"/> CPT
سایر:	<input type="checkbox"/> CFR	<input type="checkbox"/> CIF		
درصد ارزش اضافی (عدم النفع):				
درصد کرایه حمل:				

مبدأ حمل:	پارت شیمینت:	مجاز	غیر مجاز	حمل با کانتینر تا مقصد نهایی
مقصد حمل:	ترانس شیمینت:	مجاز	غیر مجاز	حمل کانتینر تا مرز ورودی کشور مقصد
نوع وسیله حمل:	کشتی	هوایما	کامیون	قطار
نوع کشتی:	طبقه بندی شده	طبقه بندی نشده	چارتر	لایتر
	غیر لایتر			
مرز یا بندر ورودی / خروجی کالا:				
آیا مورد بیمه روی عرشه حمل می گردد؟	بله	خیر		
آیا مورد بیمه به صورت گروپاژ حمل می گردد؟	بله	خیر		

سایر توضیحات بیمه گذار

مهر و امضاء نماینده/کارگزار

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده
مهر و امضاء