پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی متصدیان حمل و نقل بین المللی

بیمه نوین (سهامی عام)
Novin Insurance

بیمه گذار محترم، خواهشمند است به کلیه پرسشهای مندرج در این فرم با صداقت کامل و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء نمایید.

شرکت بیمه نوین، خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی متصدیان حمل و نقل بین المللی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه محاسبه و اعلام شده اقدام گردد.

مشخصات بیمه گذار

نام کامل بیمه گذار(حقوقی): .....

شماره شناسه ملی: ..... محل صدور/ ثبت ..... کداقتصادی/ ثبت .....

محل سکونت: استان، شهر و آدرس: .....تلفن ثابت(با ذکر کد شهر).....

محل کار: استان، شهر و آدرس: .....کد پستی .....

مشخصات فعالیت بیمه گذار

حداقل و حداکثر حداقل و حداکثر تعداد راهنامه های مورد استفاده چه تعداد می باشد؟ روزانه ..... ماهانه ..... سالانه .....

حداقل و حداکثر ارزش محمولات ارسالی چه مبلغی می باشد؟ حداقل ..... ریال حداکثر ..... ریال

انواع محمولات قابل حمل : ☐ کالاهای عادی ☐ مواد سوختی ☐ کالاهای حمل یخچالی و خاص

☐ کانتینر خالی ☐ خودروی سواری ☐ کالاهای حمل ترافیکی

بالاترین ارزش محمولات حمل شده تاکنون چه مبلغی می باشد؟..... ریال

نوع وسایل حمل را ذکر نمایید .....

.....

سابقه بیمه ای

در صورت وجود سابقه بیمه ای تعداد، سال و شرکت های بیمه ای طرف قرارداد را ذکر نمایید .....

.....

.....

در صورت استفاده از پوشش بیمه ای شرکتهای بیمه دیگر در سالهای گذشته علت عدم تمایل به استفاده از خدمات با آنها را ذکر نمایید .....

.....

.....

در صورت وجود خسارت در پنج سال گذشته تعداد و مبلغ هر خسارت و تعداد پرونده های خسارت معوق را ذکر نمایید. (به تفکیک کالاهای عادی، مواد سوختی، کالاهای با شرایط ویژه حمل، کانتینر خالی، خودرو سواری و حمل ترافیکی) .....

.....

.....

مدت بیمه ای

مدت بیمه ..... از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....

توضیحات

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه می باشد و با شرایط و مقررات اعلامی از سوی بیمه گر ملاک انعقاد قرارداد بیمه ای قرار گیرد و نسبت به ایفای وظایف و تعهدات بیمه گذار مندرج در قرارداد اهتمام لازم و جدی را دارد.

تاریخ: ..... **نام و امضاء نماینده/ کارگزار بیمه گذار:** ..... **نام و امضاء بیمه گذار:** .....