

شماره :

تاریخ پیشنهاد :



بیمه سامان

تهران، خیابان خالد اسلانیایی (وزرا)  
شماره ۱۳۳، کد پستی ۱۵۱۳۸۳۱۹  
تلفن: ۰۲۰-۸۸۷۰۰۰۵  
نمابر: ۰۲۰-۸۸۷۰۰۰۴  
www.samaninsurance.com  
e-mail: info@samaninsurance.com

بدینوسیله از شرکت سهامی بیمه سامان تقاضا می گردد برای کالاهایی که مشخصات آن در این برگ درج شده است در ازای پرداخت حق بیمه، بیمه نامه حمل و نقل کالا صادر نمایند.

مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار :  
شماره ثبت / کد ملی :  
بانک گشایش کننده اعتبار / نام ذینفع :  
نشانی بیمه گذار :

مشخصات مورد بیمه

نوع کالا : شماره بارنامه / سفارش : مبدأ :  
مقدار کالا : شماره اظهارنامه / پروفرما : مقصد :  
نوع بسته بندی و علامت آن: تاریخ اظهارنامه / پروفرما : مرز یا بندر خروجی / ورودی کالا :

ارزش مورد بیمه

ارزش کالا به ارز :  
C&F  FOB   
CFR  FCA   
CPT  FAS

نوع پوشش

نوع ارز : شناور  رسمی  آزاد  صادراتی  سایر  کرایه حمل :  
کلوز A  کلوز B  کلوز C  کلوز C به انضمام عدم تحویل یک بسته کامل   
سایر پوشش های اضافی مورد درخواست:

پارت شپمنت : مجاز است  مجاز نیست   
ترانس شپمنت : مجاز است  مجاز نیست   
حداکثر مبلغ مورد بیمه در هر بار حمل :  
نام و نام خانوادگی پیشنهاددهنده :  
مهر و امضاء :

این قسمت توسط شرکت بیمه سامان تکمیل می گردد:  
شماره بیمه نامه :  
تاریخ صدور :

مبلغ بیمه شده

به ارز : نرخ حق بیمه  
به ریال : مبلغ حق بیمه  
باربری :  
جنگ :  
پوشش های اضافی :  
جمع :  
درصد ارزش اضافی :  
کرایه حمل :  
نرخ ارز :  
ارزش ریالی مورد بیمه :  
شرایط خصوصی :

نام و کد نماینده / کارگزار:  
مهر و امضاء :