

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: کد ملی / شناسه ملی: شماره ثبت: تاریخ ثبت / تولد: / / کد اقتصادی: نشانی: کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:																																										
مشخصات فعالیت بیمه گذار	نوع سیستم صدور بارنامه: تعداد دفاتر صدور بارنامه: میانگین تعداد بارنامه صادره در هر روز حداقل بارنامه و حداکثر بارنامه. ارزش ریالی محموله های ارسالی حداقل ریال و حداکثر ریال. بالاترین ارزش محمولات حمل شده تاکنون چه مبلغی است؟ نوع محمولاتی که حمل می شود:																																										
مشخصات فعالیت بیمه گذار	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 16.6%;">نام محموله</th> <th style="width: 16.6%;">سهم از کل (درصد)</th> <th style="width: 16.6%;">نام محموله</th> <th style="width: 16.6%;">سهم از کل (درصد)</th> <th style="width: 16.6%;">نام محموله</th> <th style="width: 16.6%;">سهم از کل (درصد)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	نام محموله	سهم از کل (درصد)	نام محموله	سهم از کل (درصد)	نام محموله	سهم از کل (درصد)																																				
نام محموله	سهم از کل (درصد)	نام محموله	سهم از کل (درصد)	نام محموله	سهم از کل (درصد)																																						
مدت بیمه	در صورت حمل کالاهای خرده بار تعداد حمل ارسالی روزانه آنها چند مورد است؟ در صورت حمل کالاهای فله و یا مایع تعداد حمل ارسالی روزانه آنها چند مورد است؟ در صورت حمل محمولات ترافیکی (حمل بوژی) تعداد حمل ماهانه و حداقل و حداکثر ارزش هر حمل را ذکر نمایید. نوع وسایل حمل را ذکر نمایید. در صورتی که خسارات ناشی از این عوامل مورد تقاضا می باشد، مشخص نمایید: <input type="checkbox"/> تخلیه و بارگیری <input type="checkbox"/> آبدیدگی																																										
مدت بیمه	مدت بیمه : روز از ساعت ۲۴ روز: تا ساعت ۲۴ روز:																																										

در صورت فعالیت بیمه ای با شرکت های بیمه دیگر در سال های گذشته علت عدم تمایل به فعالیت بیمه ای با آنها را ذکر نمایید.

آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به خسارت مالی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)

آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ بلی خیر لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

همچنین اعلام می دارد اظهارات یاد شده براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء بیمه گذار:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.