



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-1390-FR-110
شماره بازنگری: 00

پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت شرکت های حمل و نقل بین المللی جاده ای (CMR)

از شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)، درخواست می شود بر اساس مشخصات درج شده در این پیشنهاد به شرح زیر، بیمه نامه مسئولیت شرکت های حمل و نقل بین المللی جاده ای (CMR) را صادر نماید.

| بیمه گذار | نام شرکت حمل و نقل: _____ شناسه ملی: _____ کد اقتصادی: _____ نشانی: _____ کد پستی: _____ شماره ثبت: _____ تلفن: _____ | نمایندگی / کارگزار: _____ کد: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|------------|-------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| شرح اطلاعات | مبادی کالا: _____ مقاصد کالا: _____ شیوه حمل کالا: <input type="checkbox"/> انواع کامیون <input type="checkbox"/> یخچالی <input type="checkbox"/> تانکری تعداد راهنامه های مصرفی طی یک سال گذشته: _____ دفاتر اصلی آن شرکت در کدام استان ها قرار دارد؟ _____ نام سیستم صدور راهنامه CMR: _____ نوع سیستم رهگیری وسیله حمل: _____ صدور بیمه نامه منوط به نصب برنامه بیمه ای بر روی رایانه های صدور راهنامه های شما جهت دریافت گزارش راهنامه ها می باشد. آیا موافق به نصب این برنامه هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| شرح محموله | پنج قلم از کالاهایی که بیشترین تعداد حمل را تشکیل می دهند به همراه ارزش و تعداد حمل ماهیانه: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">نام کالا</th> <th style="width: 33%;">تعداد حمل ماهیانه</th> <th style="width: 33%;">حداکثر سرمایه هر حمل (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | نام کالا | تعداد حمل ماهیانه | حداکثر سرمایه هر حمل (ریال) | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام کالا | تعداد حمل ماهیانه | حداکثر سرمایه هر حمل (ریال) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سابقه بیمه ای | نام بیمه گر سال گذشته: _____ نرخ و شرایط سال قبل: _____ علت درخواست تغییر بیمه گر: _____ اطلاعات خسارات سال گذشته: _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">نوع محموله</th> <th style="width: 33%;">علت حادثه</th> <th style="width: 33%;">مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | نوع محموله | علت حادثه | مبلغ خسارت (ریال) | | | | | | | | | | | | | | | |
| نوع محموله | علت حادثه | مبلغ خسارت (ریال) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تایید و امضای بیمه گذار | • اطلاعات ذکر شده در بالا، بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه و همچنین اطلاع از عواقب کتمان حقایق و یا بیان مطالب خلاف واقع اعلام شده است و چنانچه در طول مدت بیمه تغییراتی در آن به وجود آید، بلافاصله مراتب به شرکت بیمه اعلام خواهد شد. • تکمیل این فرم پیشنهاد قبل از صدور بیمه نامه هیچ گونه حقی برای پیشنهاد دهنده یا تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. • تعهد می نمایم در صورت صدور بیمه نامه، حق بیمه متعلقه را پرداخت نمایم. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> تاریخ، نام و امضای بیمه گذار (صاحبان امضای مجاز): </div> <div style="width: 45%;"> تاریخ، نام و امضای بیمه گذار (صاحبان امضای مجاز): </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |