



بدینوسیله از شرکت بیمه کوثر تقاضا می شود جهت کالاهایی که مشخصات آن به شرح زیر اعلام می گردد بیمه نامه باربری صادر نماید به موجب این درخواست تعهد می شود که حق بیمه مربوطه پرداخت گردد.

شماره پیشنهاد:		تاریخ تکمیل فرم: ۱۳ / /	
بیمه گزار:		نشانی:	
تلفن:		نمابر:	
بانک گشایش کننده اعتبار:		شعبه:	
کد شعبه:		تلفن بانک:	
شرایط و خطرات مورد درخواست:			
<input type="checkbox"/> شرایط A <input type="checkbox"/> شرایط B <input type="checkbox"/> شرایط C <input type="checkbox"/> شرایط C بانضمام خطر عدم تحویل یک بسته کامل تجاری <input type="checkbox"/> توتال لاس			
نوع قرارداد: <input type="checkbox"/> FAS <input type="checkbox"/> FCA <input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> C&F <input type="checkbox"/> CFR <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> CPT <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> EXW <input type="checkbox"/> DAF <input type="checkbox"/> DDU <input type="checkbox"/> DDP <input type="checkbox"/> DEQ <input type="checkbox"/> DES			
مبدأ:		مقصد:	
مرز ورود/خروج:			
<input type="checkbox"/> با احتساب ۱۰٪ افزایش		<input type="checkbox"/> با احتساب ۲۰٪ افزایش	
نوع ارز: <input type="checkbox"/> دلار آمریکا <input type="checkbox"/> یورو <input type="checkbox"/> درهم امارات <input type="checkbox"/> یوآن چین <input type="checkbox"/> پوند انگلیس سایر ...			
پارت شیپمنت (حمل به دفعات):		<input type="checkbox"/> مجاز	
ترانس شیپمنت (تغییر وسیله حمل):		<input type="checkbox"/> مجاز	
شماره فاکتور:		شماره هشت رقمی ثبت سفارش:	
شماره پروفرما:		تاریخ پروفرما:	
نوع کالای مورد بیمه طبق شرح پروفرما:		مقدار کالا:	
سرمایه مورد بیمه طبق پروفرما:			
وسیله حمل: <input type="checkbox"/> کشتی <input type="checkbox"/> کامیون <input type="checkbox"/> قطار <input type="checkbox"/> هواپیما <input type="checkbox"/> لنج <input type="checkbox"/> بارج سایر:			
علامت:		<input type="checkbox"/> حمل کالا با کانتینر تا مرز ورودی	
نوع بسته بندی:		<input type="checkbox"/> حمل کالا بدون کانتینر	

مهر و امضاء بیمه گزار