

INLAND TRANSIT PROPOSAL طلب تأمين نقل داخلي
FOR ANNUAL POLICY لعقد سنوي

Name of assured	اسم المشترك
Address	العنوان
Name of beneficiary (If any)	اسم المستفيد (إن وجد)
Address	العنوان
Subject Matter Insured	نوع البضاعة
Cargos are brand new or used:	هل البضائع جديدة أم مستعملة
Packing	نوع التعبئة
Method of Transportation	وسيلة النقل
Owned	سيارات ملك المشترك له بنسبة %.....
rented trucks	سيارات ملك الغير بنسبة %.....
Count of shipments within the year	عدد النقلات خلال السنة
Can you send to us a deceleration for every shipment by fax or E-mail	هل شركتكم لديها استعداد لارسال اخطار بكل شحنة قبل الشحن لشركتنا (بالفاكس او البريد الالكتروني)
(Voyage) From:	الرحلة من
To:	الى
(Issuance Period) From	(مدة التأمين) من
To:	الى
Sum Insured (estimated annual turnover):	مبلغ التأمين (قيمة النقلات السنوية):
Currency:	العملة:
Maximum limit per truck in same currency:	الحد الاقصى للشحنة الواحدة على السيارة الواحدة (بنفس العملة):
Coverage	الأخطار المؤمن ضدها
Road Risks	أخطار الطريق
Loading & unloading risks	شحن وتفريغ
Armed Burglary	سطو مسلح
Yes	نعم
No	لا
Yes	نعم
No	لا

Loss record for last three years

نتائج آخر 3 سنوات

Year	Premium in EG.P	Number of accidents	Total paid & outstanding claims in EG.P

بيانات تملأ بمعرفة شركة اورينت للتأمين التكافلي مصر

Remarks

ملاحظات

Signature:

التوقيع: