

INLAND TRANSIT PROPOSAL طلب تأمين نقل داخلي

Name of assured	اسم المشترك		
Address	العنوان		
Name of beneficiary	اسم المستفيد		
Address	العنوان		
Subject Matter Insured	نوع البضاعة		
Packing	نوع التعبئة		
Method of Transportation Owned or rented trucks	وسيلة النقل وهل هي ملك المشترك أم للغير		
L / C Number	اعتماد مستندي رقم		
Bank	البنك		
(Voyage) From:	الرحلة من		
(Voyage) To:	الرحلة إلى		
(Issuance Period) From	To	إلى	من (تاريخ بداية التأمين)
Car No.	Car Tonnage	حمولة السيارة	رقم السيارة
Sent to	اسم المرسل إليه		
Invoice amount	قيمة الرسالة		
Exchange rate	سعر التحويل		
(Sum Insured Equal Invoice Value + the Invoice Value)	% from	%	يتم التأمين على أساس القيمة الفاتورية مضافا إليها نسبة مبلغ التأمين وعملة الإصدار
Sum Insured	مبلغ التأمين		
Issuing Currency	عملة الإصدار و السداد		
Maximum limit per truck	الحد الأقصى للشحنة على السيارة الواحدة		
Coverage	الأخطار المؤمن ضدها		
Road Risks	أخطار الطريق		
Loading & unloading risks	Yes	No	لا نعم
Armed Burglary	Yes	No	لا نعم

بيانات تملأ بمعرفة شركة أورينت للتأمين التكافلي - مصر

Remarks ملاحظات

Signature: التوقيع:

Date: التاريخ: