**1. Информация о Страхователе**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование Организации: |  | | |
| Почтовый адрес: |  | | |
| ИНН: |  | ОГРН: |  |
| Наименование банка: |  | р/с |  |
| Бик: |  | к/с |  |
| Основной вид деятельности: |  | | |
| ФИО Руководителя/Должность: |  | | |
| Телефон: |  | | |
| E-Mail: |  | | |
| Вид(ы) перевозок: |  | | |
| Количество рейсов в год (шт.): |  | | |
| Оборот компании в год (руб.) |  | | |
| География перевозок (Субъект, РФ, СНГ, Европа и т. д.) |  | | |

**2.Перевозимые грузы:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Электроника, оргтехника, электробытовая техника, мобильные телефоны | Да | Оборудование (включая электрооборудование)/ комплектующие/ запчасти | Да | Рефрижераторные | Да |
| Новые автомобили | Да | Товары народного потребления | Да | Косметическая и парфюмерная продукция | Да |
| Катера,  яхты | Да | Мебель/комплектующие | Да | Медикаменты | Да |
| Строительная/ сельскохозяйственная техника | Да | Цветные металлы | Да | Опасные (согласно ДОПОГ, внутреннему законодательству) | Да |
| Алкогольная продукции (не включая слабые алкогольные напитки) | Да | Чёрные металлы | Да | Электроника | Да |
| Табак/табачная продукция / | Да | Строительные материалы | Да | Негабаритные | Да |

**3.Необходимые условия страхования:**

|  |  |
| --- | --- |
| Страховая сумма (руб.): |  |
| Лимит ответственности на один страховой случай (руб.): |  |
| Франшиза: |  |
| Необходимые Условия страхового покрытия: | С ответственностью за все риски (Полное покрытие). |
| С ответственностью за поименованные риски: (Ущерб/Хищение; ДТП по вине третьих лиц; ДТП по вине водителя; Пожар,взрыв; Погрузочных и разгрузочных работ; Смещения, вынужденные расходы и .др.) |
| Ответственность перед третьими лицами. |
| Дополнительные риски: | Рефрижераторные риски. |
| Мошенничество |

**4. Срок страхования:** с       по

|  |
| --- |
| Просим Вас сообщить дополнительную информацию, которую Вы считаете необходимым указать, и которая не нашла своего отражения выше: |
|  |

В настоящем заявлении-вопроснике, Страхователь указал данные достоверные и отвечающие действительности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/     /

Подпись ФИО Должность

М. П. Дата заполнения: «     »       20      года

**Остались вопросы по заполнению заявления? Свяжитесь с нами - мы поможем!**

**Tel.: 8-800-200-74-62**  **Email:** [**info@inssk.ru**](mailto:info@inssk.ru) **Web:** [**inssk.ru**](http://inssk.ru)