

**SOOVIIVALDUS ÜHEKORDSE VEOSE-
KINDLUSTUSE LEPINGU SÖLMIMISEKS**

Palume täita trükitähtedega



KINDLUSTUSVÕTJA	Nimi / Ettevõtte nimi		Isikukood / äriregistri nr.
	Kontaktisik	Telefon	Faks
	Address (linn, tänav, maakond, indeks)		E-mail
KINDLUSTATU Kui kindlustatu kattub kindlustusvõtjaga, pole vaja täita	Nimi / Ettevõtte nimi		Isikukood / äriregistri nr.
	Kontaktisik	Telefon	Faks
	Address (linn, tänav, maakond, indeks)		E-mail
VEOANDMED	Lähtepäev		Saabumispäev
	Lähtekoht		
	Sihtkoht		
	Marsruut		
	Vaheladustamine		
	Transpordivahend / laeva nimi		
	Tarneklausel (Incoterms 1990)		
KINDLUSTATAV VEO	Veose nimetus		
	Pakend		
	Kogus / kaal	Kindlustussumma EUR	
	Kindlustussumma määramise alus		
SOOVITUD KINDLUSTUSKAITSE	<input type="checkbox"/> Täiskindlustus (ICC(A)) <input type="checkbox"/> Põhikindlustus (ICC(C)) <input type="checkbox"/> Eritingimused või lisakaitsed (nimetage):		
KINDLUSTUS- TINGIMUSED	Seesami üldised veosekindlustustingimused (01.12.1998) ÜL - Üldised lepingutingimused 1/2008 (01.07.2008) HH - Hindamis- ja hüvitisreeglid (01.01.2011)		
KOHENE KINDLUSTUSKAITSE	Seesam ei paku kohest kindlustuskaitset.		
KINDLUSTUSVÕTJA ALLKIRI	Soovin Seesami veosekindlustuse pakkumust. Olen avaldanud pakkumuse koostamiseks tõesed andmed ning olen teadlik, et Seesamil on õigus kontrollida minu poolt esitatud andmete õigsust.		
	Avalduse täitmise koht ja kuupäev	Kindlustusvõtja esindaja nimi ja allkiri	

SEESAM INSURANCE AS, VAMBOLA 6, 10114 TALLINN	<i>Avalduse vastu võtnud Seesami esindaja nimi, allkiri, avalduse vastuvõtmise kuupäev.</i>
--	---