

株式会社 東商サポート&サービス 行

(TEL No. 03-3213-3847)

(FAX No: 03-3283-7768)

外航貨物海上保険 見積依頼書

依頼日	201 年 月 日
貴社名 (所属部署)	ご担当者名
所在地	
TEL	- -
FAX	- -
e-Mail	@
回答希望日	201 年 月 日

保険契約者	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 ()
貨物の内容	品名
	数量
	その他 (用途・形態・大きさ等) <input type="checkbox"/> 新品 <input type="checkbox"/> 中古
	梱包 <input type="checkbox"/> コンテナ詰 <input type="checkbox"/> それ以外 () <input type="checkbox"/> 木枠 <input type="checkbox"/> カートン <input type="checkbox"/> その他 ()
	金額 <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> FOB <input type="checkbox"/> CFR(C&F) <input type="checkbox"/> その他 () (単価:)
輸送の継続性	<input type="checkbox"/> 継続的な輸出入・三国間(下欄記入) <input type="checkbox"/> スポットでの輸出入・三国間 保険付保する売買条件のもと輸送する場合のものを下欄にご記入下さい。
	年間見積輸送額
	1輸送あたり最高額
保険手配開始希望日	年 月 日頃
輸送用具	<input type="checkbox"/> コンテナ船 <input type="checkbox"/> 在来船 <input type="checkbox"/> 航空機 <input type="checkbox"/> その他 ()
輸送区間	仕出地
	積出(空)港
	荷卸(空)港
	最終仕向地
希望保険条件	
参考情報	※現行Debit Noteのコピー添付でも結構です。
	現行取引損保
	保険条件
	保険料率
希望の保険会社	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (保険会社名:)
ご依頼・ご照会欄	

※追加質問をさせていただく可能性がございますので、お含みおき下さい。

※見積依頼のために、いただいた情報を保険会社に開示することをご了承下さい。