

**DENİZ ARAÇLARI ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASI BAŞVURU FORMU /
WATERCRAFT COMPULSORY INSURANCE APPLICATION FORM**

BÖLÜM 1 / SECTION 1 - BROKER İLE İLGİLİ BİLGİLER / PRODUCING BROKER	
Brokerin Unvanı / <i>Company Name</i> :	
Brokerin Adresi / <i>Address</i> :	
BÖLÜM 2 / SECTION 2 - YOLCU GEMİSİ İŞLETMECİSİ HAKKINDA / MANAGEMENT COMPANY	
Şirket Unvanı / <i>Company Name</i> :	Web sitesi / <i>Website</i> :
Adresi / <i>Address</i> :	İşletmecilik Tecrübesi / <i>Number of years trading</i> :
Vergi Dairesi ve Vergi Kimlik No / <i>Tax Office and Tax no.</i> :	
Doğum tarihi / <i>Date of Birth</i> :	
Daha önceki dönemde gemi işletmeciliği / ortaklığı varsa aşağıda listeleyiniz. <i>List of ALL previously owned and/or associated and/or affiliated companies that Applicant has been involved in:</i>	
1.	
2.	
3.	
4.	
BÖLÜM 3 / SECTION 3 - DONATAN İLE İLGİLİ BİLGİLER / VESSEL OWNER	
Şirket Unvanı / <i>Company Name</i> :	Web sitesi / <i>Website</i> :
Adresi / <i>Address</i> :	İşletmecilik Tecrübesi / <i>Number of years trading</i> :
Vergi Dairesi ve Vergi Kimlik No / <i>Tax Office and Tax no.:</i>	Telefon & E-mail / <i>Phone & E-mail</i> :
Daha önceki dönemde gemi sahipliği varsa aşağıda listeleyiniz. <i>List of ALL previously owned and/or associated and/or affiliated companies that Applicant has been involved in:</i>	
1.	
2.	
3.	
4.	
BÖLÜM 4 / SECTION 4 - POLİÇE ÜZERİNDE BELİRTİLMESİ İSTENİLEN DİĞER SİGORTALILAR (Teknik İşletmeci, Personel İşletmecileri, İpotek Alacaklısı v.b.) / OTHER ASSUREDS TO BE NAMED ON THE POLICY (IE. OPERATOR, CREW MANAGER, MORTGAGEE)	
Şirket Unvanı / <i>Company Name</i> :	Web sitesi / <i>Website</i> :

BÖLÜM 5 / SECTION 5 - POLİÇENİN BAŞLANGIÇ TARİHİ / INCEPTION DATE : .../.../...			
<p>ÇATIŞMA MESULİYETİNDEN KAYNAKLANAN HASARLAR 4/4 ORANINDA EK TEMİNAT TALEBİNİZ / ADDITIONAL COVERAGE FOR THE LOSS OR DAMAGE ARISING OUT OF 4/4 FFO</p> <p>Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No <input type="checkbox"/></p>			
BÖLÜM 6 / SECTION 6 - YOLCU GEMİSİ İLE İLGİLİ BİLGİLER / PASSENGER VESSEL DETAILS - PLEASE FILL OUT FOR EACH VESSEL			
Gemi Adı / Vessel Name:		IMO No: ÇAĞRI İŞARETİ // CALL SIGN	
Tipi / Type :		GT:	
Klası / Class:		Bayrak / Flag:	
İnşa Yılı / Year of Built:		Bağlı Bulunduğu Liman / Port of Registry:	
İnşa Yeri / Place of Built:		Tekne Makine Sigorta Bedeli / Hull Value :	
Sefer Sahası / Trading Area :			
Turlar / Tours :	Günlük / Daily <input type="checkbox"/>	Haftalık / Weekly <input type="checkbox"/>	
Tekne kiraya verilmekte midir?	Evet / Yes <input type="checkbox"/>	Hayır / No <input type="checkbox"/>	
Is the vessel being chartered ?	Mürettebat dahil /with crew <input type="checkbox"/>	Mürettebat hariç /without crew <input type="checkbox"/>	
BÖLÜM 7 / SECTION 7 - YOLCU OPERASYONU İLE İLGİLİ BİLGİLER / INFORMATION ABOUT PASSENGER OPERATIONS			
Varsa Yolcu Biletinin Gönderilmesi / Delivery of Passenger Ticket if exists			
Kayıtlı yolcu kapasitesi / Registered passenger capacity:	Sefer başına ortalama yolcu sayısı / Average passenger number per voyage:		
Yıllık yolcu sayısı / Annual passenger capacity:			
Yiyecek servisi / Food Service:	Alkollü İçecek servisi / Service of Alcoholic Beverages:		
Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No <input type="checkbox"/>	Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No <input type="checkbox"/>		
BÖLÜM 8 / SECTION 8 –	Kaptanın ismi / Captain name :	Kaptanın milliyeti / Nationality of Captain:	

MÜRETTEBAT İLE İLGİLİ BİLGİLER / CREW INFORMATION	Mürettebat Sayısı (Kaptan Hariç)/ Number of Crew on Board (excluding Captain) :	Mürettebatın Milliyeti / Nationality of crew :
	Gemi Teslimi öncesinde Mürettebat Teminatı isteniyor mu? / Do you require pre-delivery crew cover?	Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No <input type="checkbox"/>
	Mürettebat ile ilgili olarak Sosyal Sigortalar veya sağlık teminatı hali hazırda var mı? / Do crew benefit from any social scheme and/or PA/health cover?	Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No <input type="checkbox"/>
BÖLÜM 9 / SECTION 9 – DİĞER SİGORTA DÖNEMLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER / OTHER INSURANCE INFORMATION		
Bu veya başka bir geminin operasyon, işletme veya armatörü iken sigorta şirketi size teminat vermeyi red etti mi? While you are the owner of this vessel or owner of / operating another vessel, has your current insurance denied to provide coverage?	Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No <input type="checkbox"/> Cevabınız evet ise ayrıntıları “DETAYLI BİLGİLER” Bölümünde açıklayınız If yes, please specify in the “DETAILED INFORMATION” Section	
Kısıtlayıcı şartlar uyguladı mı? Applied restrictive clauses?	Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No <input type="checkbox"/> Cevabınız evet ise ayrıntıları “DETAYLI BİLGİLER” Bölümünde açıklayınız: If yes, please specify in the “DETAILED INFORMATION” Section	
Mevcut P&I Poliçeleriniz / Current P&I Policies		
Mevcut P&I Sigortacınız / Current P&I Insurer :	Poliçe Bitiş Tarihi / Policy Expiry Date :	
Mevcut H&M Sigortacınız / Current H&M Insurer :	Poliçe Bitiş Tarihi / Policy Expiry Date :	
HASAR ve KAZA İSTATİSTİKLERİ / CLAIMS EXPERIENCE		
Siz veya her hangi bir başka şahıs bu veya başka bir geminin operasyon, işletme veya armatörü iken son 5 yıl içerisinde her hangi bir kaza ile karşılaştı mı? / Did you have any accident while you are the manager or owner of this vessel or another vessel?		
P&I Sigorta teminatı olsun veya olmasın tüm olayları bildiriniz. / Please state all incidents under cover or not Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No <input type="checkbox"/>		

Cevabınız evet ise kazanın aşağıdakilerden hangisi olduğunu belirtiniz, ayrıntıları ise "DETAYLI BİLGİLER" Bölümünde açıklayınız:

If yes, please specify in the "DETAILED INFORMATION" Section.

Üçüncü şahıs (P&I) / Third parties (P&I) Tekne / Vessel Mürettebat kazaları/Crew accidents

Siz veya her hangi bir başka şahıs bu veya başka bir geminin operasyon, işletme veya armatörü iken son 5 yıl içerisinde her hangi bir talepte bulundu mu? / Have you or others had a claim while you are the owner or manager of this vessel or another vessel?

Cevabınız evet ise kazanın aşağıdakilerden hangisi olduğunu belirtiniz, ayrıntıları ise "DETAYLI BİLGİLER" Bölümünde açıklayınız: / If your answer is "yes", please choose below and specify details in the "DETAILED INFORMATION" Section.

Üçüncü şahıs (P&I) / Third parties (P&I) Tekne / Vessel Mürettebat kazaları/Crew accidents

Mürettebatın ayrı bir ferdi kaza sigorta teminatı mevcut mudur? Evet / Yes Hayır / No

Do crew benefit from personal accident insurance?

Toplam tutar / Total cost: _____

Haftalık tutar / Weekly cost: _____ geçerli olan hafta sayısı / valid week number: _____

DETAYLI BİLGİLER / DETAILED INFORMATION

Mevcut P&I sigortacısı veya sigortacıları tarafından sağlanmış olan ve son 5 yılı kapsayacak şekilde hazırlanmış hasar kaydını, hasarların detayları ile birlikte paylaşınız :

Please specify list of claims with details for the past 5 years handled by your current P&I insurer or insurers.

KAZALAR / ACCIDENTS :

HASARLAR (Tazminat ödenmiş ve /ve ya ödenmemiş) / CLAIMS (Paid & Unpaid) :

DIĞER SİGORTACININ ÜSTLENMEYİ RED ETTİĞİ TEMİNAT / COVERS EXCLUDED BY ANOTHER INSURER :

DIĞER SİGORTACININ KISITLAMIS OLDUĐU ŞARTLAR / *RESTRICTIVE CLAUSES OF OTHER INSURER* :

İŐbu başvuru formunun imzalandığı tarihte ve bilimiz dahilinde vermiŐ olduğumuz bilgilerin tamamının doğruluğunu ve geğerliliğini taahhüt ederiz.

Sigortacıların bu baŐvurunun kabul edilebilirliğini tespit etmede ve teminat fiyatlarını ve koŐullarını belirlemede onlara sunulan bilgi ve sunumlara itimat ettiklerinin bilincindeyiz.

Herhangi bir yanlıŐ beyan veya eksik bilginin teminatın derhal feshedilmesi ve hasarın karŐılanmaması için dayanak teŐkil edebileceğini anlıyoruz.

Buna ilaveten sigortalının ve sigorta ettirenin bu poliğede belirtilen operasyonun doğasında, süresinde veya boyutlarında bir deĐiŐiklik olması durumunda sigorta Őirketini derhal bilgilendirme yükümlüluğü altında olduğu dikkate alınmıŐ ve anlaŐılmıŐtır.

Son olarak bu başvuru formunun kesilen her türlü poliĐeye eklenmesi veya dahil edilmesi bir zorunluluktur.

We hereby warrant that the information we have given, at the date of signing this application, is complete and accurate to the best of our knowledge and belief.

It is our express understanding that insurers rely upon the information and representations given in determining the acceptability of this application and in setting rates and conditions of coverage.

It is understood that any misrepresentation or omission shall constitute grounds for immediate cancellation of coverage and no claims will be paid.

It is further noted and understood that the Applicant is under a continuing obligation immediately to notify Insurers any material alteration to the nature, extent or size of his operation as described herein.

It is further understood that this application shall be attached to and form part of any Policy subsequently issued.

Başvuru Sahibi/Applicant:

Tarih / Date:

Ünvan /Title:

İmza / Signed: