



**پرسشنامه و فرم پیشنهاد
ریسکهای تکمیل شده ساختمانی
(C.E.C.R)**

آدرس ساختمان مرکزی :
تهران ملاصدرا. شیراز جنوبی. برزیل غربی. شماره ۵۱

با توجه به اینکه فرم ذیل اساس انعقاد قرارداد بیمه می باشد، خواهشمند است اطلاعات خواسته شده در کلیه ردیف های مندرج در این فرم را با دقت تکمیل نمایید .

مشخصات نوع و محل سازه	مدت	مشخصات بیمه گذاران
۱- عنوان سازه (اگر سازه مرکب از بخشهای مختلفی است، لطفاً بخشهایی را که قرار است بیمه شوند مشخص نمایید):	۱- مدت مورد درخواست برای پوشش بیمه ای : روز از تاریخ تا تاریخ	۱- نام و نشانی بیمه گذار: نشانی: شناسه / کد ملی : کد اقتصادی:
۲- نشانی کامل محل سازه: تلفن: فکس:	مدت دوره ساخت سازه چقدر بوده است: روز مدت دوره نگهداری سازه چقدر بوده است: ماه چند سال از بهره برداری (عمر) این سازه می گذرد:	۲- نام و نشانی پیمانکار اصلی سازنده: نشانی: شناسه / کد ملی : کد اقتصادی:
		۳- نام و نشانی مهندس مشاور: نشانی: شناسه / کد ملی : کد اقتصادی:
		۴- فردی که بیمه گر در صورت داشتن سوال یا ابهام می تواند با وی ارتباط برقرار نماید: نام: سمت: تلفن:



**پرسشنامه و فرم پیشنهاد
ریسکهای تکمیل شده ساختمانی
(C.E.C.R)**

آدرس ساختمان مرکزی :
تهران ملاصدرا. شیراز جنوبی. برزیل غربی. شماره ۵۱

با توجه به اینکه فرم ذیل اساس انعقاد قرارداد بیمه می باشد، خواهشمند است اطلاعات خواسته شده در کلیه ردیف های مندرج در این فرم را با دقت تکمیل نمایید .

مشخصات سازه

خطرات / ریسکها

۱- نوع بخشهای مختلف سازه (لطفاً اطلاعات دقیق ارائه نمایید):

ابعاد (طول، ارتفاع، عمق، دهانه، تعداد طبقات، قطر، شیب):

پی (نوع، روش و تراز هر بخش):

روشهای ساخت به کار برده شده:

مصالح ساختمانی به کار رفته:

۲- آیا سازه در زمان ساخت بیمه بوده است؟

در صورت مثبت بودن پاسخ نزد کدام شرکت بیمه:

بله خیر

۳- آیا در زمان ساخت سازه حادثه، اتلاف یا خسارتی اتفاق افتاده است؟

(در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید)

- علت حادثه:
- تاریخ حادثه:
- مبلغ خسارت:

بله خیر

۴- آیا پس از ساخت سازه خسارتی اتفاق افتاده است؟

(در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید)

- علت حادثه:
- تاریخ حادثه:
- مبلغ خسارت:

بله خیر

آیا سازه در معرض خطرهای ویژه ای قرار دارد؟

صاعقه ، انفجار، آتش سوزی

بله خیر

زلزله، زمین لرزه، آتش فشان

بله خیر

سیل ، طغیان آب، سونامی

بله خیر

طوفان، گرد باد، تندباد

بله خیر

استفاده از مواد انفجاری

بله خیر

برخورد با وسایل نقلیه زمینی، هوایی یا آبی

بله خیر

سایر خطرات:

- آیا تاکنون در محل سازه زلزله اتفاق افتاده است؟

(در صورت مثبت بودن لطفاً شدت آن را در مقیاس ریشتر بنویسید):

بله خیر

- آیا طراحی سازه براساس آئین نامه های مدون جهت مقاوم سازی در برابر زلزله صورت گرفته است؟

بله خیر

- آیا طراحی سازه بالاتر از استاندارد پیش بینی شده در نظر گرفته شده است؟

بله خیر



**پرسشنامه و فرم پیشنهاد
ریسکهای تکمیل شده ساختمانی
(C.E.C.R)**

آدرس ساختمان مرکزی :
تهران، ملامصدرا، شیراز جنوبی، برزیل غربی، شماره ۵۱

با توجه به اینکه فرم ذیل اساس انعقاد قرارداد بیمه می باشد، خواهشمند است اطلاعات خواسته شده در کلیه ردیف های مندرج در این فرم را با دقت تکمیل نمایید .

پوششهای اضافی	۵- چه پوششهای اضافی مورد درخواست می باشد؟
وضعیت سازه	۱- وضعیت زمین: صخره <input type="checkbox"/> ماسه <input type="checkbox"/> شن <input type="checkbox"/> خاک رس <input type="checkbox"/> مارن <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> (توضیح دهید): آیا از لحاظ زمین شناسی در نزدیکی سازه گسل یا سایر اشکالات تحت الارضی وجود دارد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ مثبت لطفاً توضیح دهید):
	۲- وضعیت توپوگرافی و شکل زمین (بطور مثال زاویه و شیب، لطفاً نقشه‌ها یا تصاویر پیوست شود):
	۳- سطح آبهای زیرزمینی:
	۴- نام نزدیک ترین رودخانه، دریاچه، دریا و ... به موضوع مورد بیمه: فاصله آن تا سازه: <input type="checkbox"/> دبی آب آن: <input type="checkbox"/> حداکثر عمق آب آن: <input type="checkbox"/> توضیحات اضافه:
	۵- آیا سیستم هشدار دهنده سیل و طغیان آب وجود دارد؟ (لطفاً جزئیات آن را بنویسید)
	۶- آیا سیستم هشدار دهنده اطفای حریق وجود دارد؟ (لطفاً جزئیات آن را بنویسید)
	۷- وضعیت جوی: فصل بارندگی از <input type="checkbox"/> تا <input type="checkbox"/> حداکثر میزان بارندگی (به میلیمتر): <input type="checkbox"/> در ساعت <input type="checkbox"/> در روز <input type="checkbox"/> در ماه <input type="checkbox"/> در سال <input type="checkbox"/> خطر طوفان: <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/>
	۸- آیا برنامه‌ای برای نگهداری وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید: آیا برنامه زمانبندی و مدون برای نگهداری وجود دارد؟ (بعنوان مثال پاکسازی آبروها، پل‌ها، روگذر و زیرگذرها و رنگ‌زنی) در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید:
	چه کسی مسئول نگهداری است؟
	آیا کارکنان در زمینه نگهداری آموزشهای لازم را دیده‌اند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۹- آیا سازه به طور تمام وقت تحت نظارت و مراقبت می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً تعداد کارکنانی را که به طور دائم حضور دارند مشخص نمایید:
	آیا کارکنان در زمینه اطفای حریق آموزشهای لازم را دیده‌اند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>



**پرسشنامه و فرم پیشنهاد
ریسکهای تکمیل شده ساختمانی
(C.E.C.R)**

آدرس ساختمان مرکزی :
تهران، ملاصدرا، شیراز جنوبی، برزیل غربی، شماره ۵۱

با توجه به اینکه فرم ذیل اساس انعقاد قرارداد بیمه می باشد، خواهشمند است اطلاعات خواسته شده در کلیه ردیف های مندرج در این فرم را با دقت تکمیل نمایید .

۱۰- آیا تعمیرات اساسی پس از تکمیل سازه انجام شده است؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید): <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۱۱- آیا در نزدیکی سازه عملیات ساختمانی در حال اجرا وجود دارد که سازه را در طول مدت بیمه تحت تأثیر قرار دهد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید)	
خواهشمند است مبالغ مورد بیمه و در صورت لزوم حد غرامت را در جدول زیر مشخص فرمائید:	
مبالغ بیمه شده (واحد پول:)	موارد بیمه شده به تفکیک
	۱- مبلغ کل جایگزینی سازه به ارزش نو:
	۲- مبلغ برداشت ضایعات:
	جمع مبالغ مورد بیمه :
* مبلغ مورد بیمه باید شامل ارزش روز جایگزینی اقلام مورد بیمه با اقلام نو از همان نوع و ظرفیت مشتمل بر هزینه حمل، حقوق و عوارض گمرکی و هزینه نصب (در صورت وجود) باشد در غیر این صورت خسارات جزئی به نسبت مبلغ بیمه شده به مبلغ نو پرداخت خواهد شد.	
ملاحظات	لطفاً هر توضیح اضافی که لازم می دانید و درخواست پوشش بیمه ای دیگری را که دارید را در این محل ذکر فرمائید.
بدینوسیله اعلام میدارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرین اطلاعات بیمه گذار می باشد و همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه (فرم پیشنهاد) اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. بیمه گر فقط در چهارچوب شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد. بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.	
تاریخ: نام و مهر و امضای بیمه گذار:	