



بیمه ایران

پرسشنامه بیمه ریسک‌های تکمیل شده ساختمانی (C.E.C.R)

"صفحه 1 از 4"	
1- عنوان سازه (اگر سازه مرکب از بخشهای مختلفی است، لطفاً بخشهایی را که قرار است بیمه شوند مشخص نمایید):	
2- آدرس کامل محل سازه:	
تلفن:	فکس:
3- نام و نشانی بیمه‌گذار (ذکر کد ملی یا کد اقتصادی برای اشخاص حقیقی یا حقوقی ضروری می‌باشد):	
تلفن:	فکس:
4- نام و نشانی پیمانکار اصلی سازنده:	
تلفن:	فکس:
5- نام و نشانی مهندسان مشاور:	
تلفن:	فکس:
6- شرح بخشهای مختلف سازه (لطفاً اطلاعات دقیق ارائه نموده و در صورت لزوم در برگ جداگانه مرقوم فرمائید): 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:	
7- مدت مورد درخواست برای پوشش بیمه‌ای:	روز از تاریخ
مدت دوره ساخت سازه چقدر بوده است:	روز
مدت دوره نگهداری سازه چقدر بوده است:	ماه
چند سال از بهره برداری (عمر) این سازه می‌گذرد:	
8- آیا سازه در زمان ساخت بیمه بوده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
در صورت پاسخ مثبت نزد کدام شرکت بیمه:	



"صفحه 2 از 4"

9- آیا در زمان ساخت سازه حادثه، اتلاف یا خسارتی اتفاق افتاده است؟ بلی خیر
(در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید):

10- آیا پس از تکمیل سازه اتلاف یا خسارتی اتفاق افتاده است؟ بلی خیر
(در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید):

11- آیا سازه در معرض خطرهای ویژه‌ای قرار دارد؟

بلی خیر
صاعقه، انفجار، آتش‌سوزی
 بلی خیر
سیل، طغیان آب، سونامی
 بلی خیر
زلزله، زمین لغزه، آتشفشان
 بلی خیر
طوفان، گردباد، تندباد
 بلی خیر
استفاده از مواد انفجاری
 بلی خیر
برخورد با وسایل نقلیه زمینی، هوایی یا آبی
سایر خطرها (توضیح دهید):

آیا تاکنون در محل سازه زلزله اتفاق افتاده است؟ بلی خیر
(در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً شدت آن را در مقیاس ریشتر بنویسید):

آیا طراحی سازه براساس آئین‌نامه‌های مدون جهت مقاوم سازی در برابر زلزله صورت گرفته است؟ بلی خیر

آیا طراحی سازه بالاتر از استاندارد پیش‌بینی شده در نظر گرفته شده است؟ بلی خیر

12- وضعیت زمین: صخره ماسه شن خاک رس مارن سایر موارد (توضیح دهید):

آیا از لحاظ زمین‌شناسی در نزدیکی سازه گسل یا سایر اشکالات تحت‌الارضی وجود دارد:

بلی خیر
(در صورت مثبت پاسخ لطفاً توضیح دهید):

13- وضعیت توپوگرافی و شکل زمین (بطور مثال زاویه و شیب، لطفاً نقشه‌ها یا تصاویر پیوست شود):

14- سطح آبهای زیرزمینی:



"صفحه 3 از 4"	
15- نام نزدیک‌ترین رودخانه، دریاچه، دریا و ... به موضوع مورد بیمه: فاصله آن تا سازه: دبی آب آن: حداکثر عمق آب آن: توضیحات اضافه:	
16- آیا سیستم هشدار دهنده سیل و طغیان آب وجود دارد؟ (لطفاً جزئیات آن را بنویسید)	
17- آیا سیستم هشدار دهنده اطفای حریق وجود دارد؟ (لطفاً جزئیات آن را بنویسید)	
18- وضعیت جوی:	فصل بارندگی از
حداکثر میزان بارندگی (به میلی‌متر):	در ساعت <input type="checkbox"/> در روز <input type="checkbox"/> در ماه <input type="checkbox"/> در سال <input type="checkbox"/>
خطر طوفان:	کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/>
19- آیا برنامه‌ای برای نگهداری وجود دارد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
آیا برنامه زمانبندی و فهرست وارسی برای نگهداری وجود دارد؟ (بعنوان مثال پاکسازی آبروها، پل‌ها، روگذر و زیرگذرها و رنگ‌زنی)	
چه کسی مسئول نگهداری است؟ آیا کارکنان در زمینه نگهداری آموزشهای لازم را دیده‌اند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
20- آیا سازه به طور تمام وقت تحت نظارت و مراقبت می‌باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً تعداد کارکنانی را که به طور دائم حضور دارند مشخص نمایید: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
آیا کارکنان در زمینه اطفای حریق آموزشهای لازم را دیده‌اند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
21- آیا تعمیرات اساسی پس از تکمیل سازه انجام شده است؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید): <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
22- 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"/> بلی (در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جزئیات آن را بنویسید)	



پرسشنامه بیمه ریسک‌های تکمیل شده ساختمانی (C.E.C.R)

"صفحه 4 از 4"	
23- خواهشمنداست مبالغ مورد بیمه و در صورت لزوم حد غرامت را در جداول زیر مشخص فرمائید:	
مبالغ بیمه شده (واحد پول:) ⁽¹⁾	موارد بیمه شده به تفکیک
	1- مبلغ کل جایگزینی سازه به ارزش نو:
	2- برداشت ضایعات:
	جمع مبالغ مورد بیمه:
⁽¹⁾ مبلغ مورد بیمه باید شامل ارزش روز جایگزینی اقلام مورد بیمه با اقلام نو از همان نوع و ظرفیت مشتمل بر مواد و مصالح، دستمزدها، کرایه، حقوق و عوارض گمرکی (در صورت وجود) باشد در غیر این صورت خسارات جزئی به نسبت مبلغ بیمه شده به مبلغ نو پرداخت خواهد شد.	
24- چه پوشش‌های اضافی دیگری مورد درخواست می‌باشد؟	
تذکر: "شرکت های بیمه به استناد قانون مکلف به وصول مالیات بر ارزش افزوده و عوارض سالیانه از کلیه بیمه‌گذاران و واریز آن به حساب سازمان امور مالیاتی می‌باشند. لذا در مجموع مبالغ مذکور به حق بیمه محاسبه شده اضافه می‌گردد."	
ملاحظات (لطفاً هر توضیح اضافی را که لازم می‌دانید ذکر فرمایید):	
بدینوسیله اعلام می‌دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرین اطلاعات بیمه‌گذار می‌باشد و همچنین موافقت دارد که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. بیمه‌گر فقط در چهارچوب شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد. بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.	
نام و مهر و امضای بیمه‌گذار:	تاریخ: