



پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه  
سازه های تکمیل شده ساختمانی  
(CECR)

ساختمان مرکزی : تهران - خیابان گاندی - خیابان  
پانزدهم - پلاک ۲  
تلفن : ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱ و ۸۸۷۷۰۹۸۳ و ۸۸۷۷۰۹۸۸  
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

۱- عنوان سازه (اگر سازه مرکب از بخش های مختلفی است، لطفاً بخش هایی را که قرار است بیمه شوند مشخص نمائید):\*

۲- آدرس کامل محل سازه:

تلفن:                      نمابر:

۳- نام و نشانی پیشنهاد دهنده/مالک سازه (ذکر کد ملی یا کد اقتصادی برای اشخاص حقیقی یا حقوقی ضروری می باشد):

تلفن:                      نمابر:

۴- نام و نشانی پیمانکار اصلی سازنده:

تلفن:                      نمابر:

۵- نام و نشانی مهندسین مشاور:

تلفن:                      نمابر:

۶- شرح بخش های 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):

بی (نوع، روش و تراز هر بخش):

روشهای ساخت به کار برده شده:

مصالح ساختمانی به کار رفته:

۷- مدت مورد درخواست برای پوشش بیمه ای:                      روز از تاریخ                      تا 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 می گذرد:

۸- آیا سازه در زمان ساخت بیمه بوده است؟                       خیر                       بلی  
در صورت مثبت بودن پاسخ، نزد کدام شرکت بیمه؟

\*لطفاً برای هر سازه پرسشنامه ای بطور مجزا تکمیل نمایید.



پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه  
سازه های تکمیل شده ساختمانی  
(CECR)

ساختمان مرکزی : تهران - خیابان گاندی - خیابان  
پانزدهم - پلاک ۲  
تلفن : ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱ و ۸۸۳-۸۸۷۷۰۹۸۸  
نمبر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

<p>۹- آیا در زمان ساخت سازه حادثه یا خسارتی اتفاق افتاده است؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً جزئیات آن را بنویسید):</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>۱۰- آیا پس از تکمیل شدن سازه خسارتی اتفاق افتاده است؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً جزئیات آن را بنویسید):</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>۱۱- آیا سازه در معرض خطرات ویژه‌ای قرار دارد؟ صاعقه، انفجار، آتش سوزی سیل، طغیان آب، سونامی زلزله، زمین لغزه، آتشفشان طوفان، گردباد، تندباد استفاده از مواد انفجاری برخورد با وسایل نقلیه زمینی، هوایی یا آبی سایر خطرات (توضیح دهید):</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>آیا تاکنون در محل سازه، زلزله اتفاق افتاده است؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً شدت آن را در مقیاس ریشتر بنویسید): آیا طراحی سازه براساس آیین‌نامه‌های مدون جهت مقاوم سازی در برابر زلزله صورت گرفته است؟</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>۱۲- 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):</p>	
<p>آیا از لحاظ زمین‌شناسی در نزدیکی سازه گسل یا سایر اشکالات تحت‌الارضی وجود دارد: (در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً توضیح دهید):</p>	<p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>۱۳- وضعیت توپوگرافی و شکل زمین (بطور مثال زاویه و شیب): لطفاً نقشه‌ها یا تصاویر پیوست شود.</p>	
<p>۱۴- سطح آبهای زیرزمینی:</p>	
<p>۱۵- نام نزدیک‌ترین رودخانه، دریاچه، دریا و ... به سازه مورد بیمه: فاصله تا سازه: دبی آب: حداکثر عمق آب: توضیحات اضافه:</p>	



پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه  
سازه های تکمیل شده ساختمانی  
(CECR)

ساختمان مرکزی : تهران - خیابان گاندی - خیابان  
پانزدهم - پلاک ۲  
تلفن : ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱ و ۸۸۳-۸۸۷۷۰۹۸۸  
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

۱۶- آیا سیستم هشدار دهنده سیل و طغیان آب وجود دارد؟ (لطفاً جزئیات آن را بنویسید)	
۱۷- آیا سیستم هشدار دهنده و اطفای حریق وجود دارد؟ (لطفاً جزئیات آن را بنویسید)	
۱۸- وضعیت جوی: فصل بارندگی از تا 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"/>	
۱۹- آیا برنامه‌ای برای سرویس و نگهداری وجود دارد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً جزئیات آن را بنویسید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
آیا برنامه زمانبندی و چک لیست برای نگهداری وجود دارد؟ (بعنوان مثال پاکسازی آب روها، پل‌ها، روگذر و زیرگذرها و رنگ‌زنی) چه کسی مسئول نگهداری است؟ آیا کارکنان در زمینه نگهداری آموزشهای لازم را دیده‌اند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۰- 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: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
آیا کارکنان در زمینه اطفای حریق آموزشهای لازم را دیده‌اند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۱- آیا تعمیرات اساسی پس از تکمیل سازه انجام شده است؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً جزئیات آن را بنویسید): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۲- آیا در مجاورت سازه عملیات ساختمانی در حال اجرا وجود دارد که سازه را در طول مدت بیمه تحت تأثیر قرار دهد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً جزئیات آن را بنویسید)	
۲۳- خواهشمنداست مبالغ مورد بیمه را در جدول زیر مشخص فرمائید:	
مبالغ بیمه شده (واحد پول): <sup>۱</sup>	موارد بیمه شده به تفکیک
	۱- مبلغ کل جایگزینی سازه به ارزش نو:
	۲- برداشت ضایعات:
	جمع مبالغ مورد بیمه:
(۱) 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.	

ساختمان مرکزی : تهران - خیابان گاندی - خیابان  
پانزدهم - پلاک ۲  
تلفن : ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱ و ۸۸۳-۸۸۷۷۰۹۸۸ و ۸۸۷۷۰۹۸۸  
نمبر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

**پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه**  
**سازه های تکمیل شده ساختمانی**  
**(CECR)**



۲۴- چه پوششهای اضافی دیگری مورد درخواست می باشد؟

ملاحظات (لطفاً هر توضیح اضافی را که لازم می دانید ذکر فرمائید):

بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرین اطلاعات بیمه گذار می باشد و همچنین موافقت دارد که این پرسشنامه 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.

در صورتیکه پرسشنامه توسط نماینده بیمه گر تکمیل شده باشد، نماینده مذکور مکلف است متن ذیل را به دقت مورد مطالعه قرار داده و امضاء نماید.

بدینوسیله اعلام می دارد اطلاعات و اظهارات مندرج در این پرسشنامه از افراد مطلع اخذ گردیده و اطلاعات مذکور با مشاهدات اینجانب از محل فعالیت بیمه گذار هماهنگی داشته و متعهد می گردد در صورتیکه اطلاعات کامل تر اخذ و یا تغییراتی در اطلاعات مذکور مشاهده گردید مراتب در اسرع وقت توسط اینجانب به بیمه گر اطلاع داده شود. بدیهی است چنانچه در طول مدت بیمه برای بیمه گر محرز گردد که اطلاعات ارائه شده در پرسشنامه با واقعیت موجود منطبق نمی باشد، بیمه گر مجاز خواهد بود مابه التفاوت حق بیمه پرداخت شده به حق بیمه واقعی را از کارمزد اینجانب کسر نماید و در صورت وقوع خسارت (متناسب با مابه التفاوت حق بیمه دریافت نشده) به تشخیص بیمه گر بعهد اینجانب خواهد بود.

تاریخ:

مهر و امضاء نماینده:

کد نماینده:

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه گذار: