

FIF023	شرکت بیمه سامان فرم گزارش بازدید از نمایشگاه‌های اتومبیل	
تجدید نظر: 01		
صفحه: ۴ از ۱		

مشخصات و اطلاعات عمومی مورد بیمه:

نام بیمه‌گذار:
شماره بیمه‌نامه:
تاریخ بازدید:
نام کارشناس:
نام و نام خانوادگی طرف مذاکره: سمت:
نشانی محل مورد بیمه: استان شهر خیابان کوچه پلاک کد پستی:
تلفن ثابت:
همراه:
آدرس اینترنتی:
مالکیت: ☐ شخصی ☐ استیجاری ☐ دولتی

☐	طوفان	☐	سیل	☐	زلزله و آتشفشان	☐	خطرات اضافی تحت پوشش:
☐	سنگینی برف	☐	ضایعات ناشی از آب باران و ذوب برف	☐	ترکیدگی لوله آب	☐	سرقه با شکست حرز
☐	انفجار ظروف تحت فشار صنعتی	☐	هزینه پاکسازی و برداشت ضایعات	☐	شکست شیشه	☐	سقوط هواپیما
						☐	دفرمه شدن ظروف تحت فشار صنعتی

سایر
موارد تحت پوشش:
ساختمان و تأسیسات با سرمایه: ریال
اثاثیه با سرمایه: ریال
موجودی با سرمایه: ریال

اطلاعات ساختمانی:

مساحت کل مجموعه: سال ساخت:
مساحت محل مسقف نمایشگاه: مساحت محل بدون سقف نمایشگاه:
نوع راه دسترسی: ☐ آسفالت ☐ خاکی
تاریخ شروع فعالیت:
مدت فعالیت: تعداد کارکنان دائمی:
روزهای فعالیت: ساعات فعالیت:
تعداد درب‌های ورودی و خروجی:
نوع سازه ساختمان: ☐ اسکلت ☐ بتون ☐ سایر:
نوع فعالیت همسایگان:
شمال: جنوب: شرق: غرب:
ایا محل مسقف این نمایشگاه زیر زمین دارد؟ ☐ بله ☐ خیر
در زیر زمین نمایشگاه چه اقلامی نگه داری می‌شود؟
ایا محل مسقف این نمایشگاه دارای بالکن است؟ ☐ بله ☐ خیر
چه اقلامی در بالکن نگه داری می‌شود؟
ظرفیت کلی اتومبیل در این نمایشگاه چقدر است؟
ارزش نسبی اتومبیل‌هایی که مورد نمایش است چقدر است؟

ساختمان و تأسیسات:

نوع سیستم گرمایش: بخاری گازی ☐ بخاری نفتی ☐ هیتر ☐ پکیج ☐

نوع سیستم سرمایش: کولر آبی ☐ کولر گازی ☐ پنکه ☐ چیلر ☐ ندارد ☐

نحوه تامین نیروی برق:

نحوه تامین آب:

برق اضطراری: دارد ☐ ندارد ☐

دارای سیستم قطع جریان برق: اتوماتیک ☐ دستی ☐

محافظه‌های موجود جهت نوسانات برق: کنتاکتور ☐ رله ☐

نوع روشنایی: فلورسنت سقفی ☐ لامپ عادی ☐ دیواری ☐ نورافکن دیواری ☐ ندارد ☐

نوع سیم کشی: توکار ☐ روکار ☐ سایر:

تجهیزات اطفاء حریق شامل:

کپسول ☐ جعبه‌های فایرباکس ☐ اسپرینکلرها ☐ سطل شن ☐ هیدرانت ☐ هوزریل ☐

آیا کپسول‌ها در زمان اعزام به شارژ توسط مسئول مربوطه تخلیه می‌شود؟ بله ☐ خیر ☐

آیا کپسول‌ها قبل از اعزام به شارژ در یک برنامه آموزشی استفاده می‌شود؟ بله ☐ خیر ☐

آیا کپسول‌ها در دسترس و قابل رؤیت می‌باشند؟ بله ☐ خیر ☐

تعداد کپسول: نوع کپسول: وزن کپسول: چرخدار ☐ دستی ☐

وضعیت آخرین شارژ کپسول‌ها:

تعداد جعبه‌های دارای لوله آبرسانی آتش نشانی: نوع لوله آبرسانی: برزنتی ☐ پلاستیکی ☐

نوع شبکه اعلام خطر: خودکار ☐ دکمه دار ☐ ندارد ☐

مجهز به دوربین مداربسته می‌باشد؟ بله ☐ خیر ☐

سیستم دوربین مداربسته فعال می‌باشد؟ بله ☐ خیر ☐

تست دوره‌ای از سیستم دوربین مداربسته انجام می‌شود؟ بله ☐ خیر ☐

مجهز به سیستم دزدگیر می‌باشد؟ بله ☐ خیر ☐

سیستم دزدگیر فعال می‌باشد؟ بله ☐ خیر ☐

تست دوره‌ای از سیستم دزدگیر انجام می‌شود؟ بله ☐ خیر ☐

آیا دزدگیر به تلفن همراه بیمه‌گذار متصل است؟ بله ☐ خیر ☐

آیا دزدگیر به کلانتری محل مورد بیمه متصل است؟ بله ☐ خیر ☐

فاصله نزدیکترین مرکز آتش‌نشانی:

فاصله نزدیکترین پست انتظامی:

آیا سابقه بیمه نامه آتش سوزی دارد؟ بله ☐ خیر ☐

آیا مورد بیمه در سه سال گذشته خسارت داشته است؟ بله ☐ خیر ☐

نوع خسارت:

FIF023	شرکت بیمه سامان فرم گزارش بازدید از نمایشگاه‌های اتومبیل	
تجدید نظر: 01		
صفحه: ۳ از ۴		

توضیح:

کروکی محل مورد بیمه:

کارشناس محترم

در صورتیکه در محل مورد بیمه نیاز به انجام توصیه‌های ایمنی به شرح جدول زیر می‌باشد، آن را مشخص فرمایند.

ردیف	شرح توصیه‌های ایمنی	پیشنهاد	مشروط	تاریخ بازدید مجدد	تأیید انجام شرایط ایمنی مشروط
۱	تهیه و نصب کپسول آتش نشانی و بررسی شارژ و آموزش استفاده از آن	☐	☐	.../.../...	☐
۲	کپسول آتش نشانی در فواصل منظم کمتر از ۲۵ متر و در ارتفاع ۱۱۰ سانتی متر از سطح زمین بر روی دیوار نصب و در دسترس فوری قرار گیرد	☐	☐	.../.../...	☐
۳	تابلوها و علائم هشدار دهنده ایمنی در سالن‌ها و نصب تابلو تلفن آتش نشانی و ارگان‌های امدادی	☐	☐	.../.../...	☐
۴	قطع جریان برق و گاز غیرضروری قبل از ترک کار	☐	☐	.../.../...	☐
۵	نصب سیستم اعلام و اطفاء حریق	☐	☐	.../.../...	☐
۶	عدم استفاده از وسایل گرمایشی رو باز	☐	☐	.../.../...	☐

سایر توصیه‌های مورد نظر کارشناس					
ردیف	شرح توصیه‌های ایمنی	پیشنهاد	مشروط	تاریخ بازدید مجدد	تأیید انجام شرایط ایمنی مشروط
۱		☐	☐	.../.../...	☐
۲		☐	☐	.../.../...	☐
۳		☐	☐	.../.../...	☐
۴		☐	☐	.../.../...	☐
۵		☐	☐	.../.../...	☐

FIF023	شرکت بیمه سامان فرم گزارش بازدید از نمایشگاه‌های اتومبیل	
تجدید نظر: 01		
صفحه: ۴ از ۴		

اظهار نظر نهایی کارشناس:

☐ این ریسک قابل پذیرش است

☐ این ریسک با توصیه‌های ایمنی پیشنهادی قابل پذیرش است

☐ بعد از انجام توصیه‌های ایمنی مشروط و بعد از بازدید مجدد اظهار نظر می‌گردد

☐ این ریسک قابل پذیرش نیست

سایر توضیحات:

نام کارشناس: تاریخ: امضاء

اظهار نظر نهائی مسئول صدور:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ:

بازدید دوره‌ای انجام شود: ☐ بله ☐ خیر تاریخ انجام بازدید دوره‌ای: