



فرم گزارش بازدید بیمه‌نامه زالوی طبی صنعتی

شماره سند: FM-ES-17/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۳

نام کارشناس: سابقه کارشناس در انجام بازدید اولیه: سال

رابطه کارشناس با شرکت: کارمند شرکت کارشناس قرارداد کار معین کارشناس رسمی دادگستری سایر

تاریخ انجام کارشناسی: / / ۱۳.....

نام افراد همراه کارشناس:

نام و سمت ملاقات شونده:

پوشش‌های درخواستی بیمه‌گذار طبق فرم پیشنهاد:

لیست و ارزش ماشین آلات در صورت درخواست پوشش شکست ماشین آلات

نام دستگاه	مدل	سال ساخت	شماره شاسی / شماره موتور / شماره شناسایی	ارزش (ریال)
جمع کل				

آدرس و تلفن محل مورد بازدید:

شماره بدنه یکی از انشعابات آب، برق و گاز (در صورت نداشتن پلاک):

مشخصات مزرعه شامل نوع وان، تعداد وان، ابعاد هر وان

شماره مجوز سازمان‌های ذیربط در صورت موجود بودن

تعداد پرسنل مستقر در مزرعه پرورش زالو:

ساعات کار / شیفت کاری: سابقه کاری:

مواد و لوازم مورد استفاده:

قسمت‌های مختلف مورد بازدید:

آیا مکان مورد بیمه مجهز به دوربین مدار بسته می‌باشد؟ بلی خیر

آیا مقادیر روزانه دما، pH و کلر آب در دفاتر ثبت می‌گردد؟ بلی خیر

آیا ورود و خروج افراد به محل مورد بیمه کنترل می‌شود؟ بلی خیر

آیا اندازه‌گیری دما، pH و کلر آب به صورت روزانه انجام می‌شود؟ بلی خیر

آیا مکان مورد بیمه دارای نگهبان ۲۴ ساعته می‌باشد؟ بلی خیر



فرم گزارش بازدید بیمه‌نامه زالوی طبی صنعتی

شماره سند: FM-ES-17/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۲ از ۳

کیفیت محافظت به لحاظ نگهداری و وسایل امنیتی:

.....

.....

وضعیت برق:

نحوه تامین برق: شهری تولید توسط دیزل/ژنراتور

نحوه توزیع (وضعیت سیم‌کشی، کلیدها، فیوزها و جعبه‌های اصلی و فرعی برق)

.....

.....

امکانات و کیفیت وسایل اعلام و خاموش کننده آتش:

.....

وضعیت حضور کارشناس بهداشت در مزرعه به چه صورت است؟

.....

فاصله محل تا نزدیکترین رودخانه یا کانال آب چقدر است؟

وضعیت تامین، کیفیت، میزان ذخیره‌سازی و تعویض آب:

.....

موقعیت مکانی مزرعه و فاصله آن با ایستگاه راه‌آهن، فرودگاه، دامداری و سایر اماکن پر سر و صدا به چه صورت می‌باشد؟

.....

.....

منبع تهیه زالو بر اساس مستندات موجود

.....

تحلیل ریسک بر اساس اطلاعات ثبت شده و اعلام نظر نهایی کارشناس در رابطه با هر یک از پوشش‌های درخواست اصلی و تبعی به

صورت تفکیک شده:

.....

.....

توصیه‌های ایمنی کارشناس:

توصیه‌های لازم الاجرا با الزام ثبت در شرایط خصوصی بیمه‌نامه برای رعایت و اقدام بیمه‌گذار و همچنین پیگیری واحد صدور:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

شماره سند: FM-ES-17/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۳ از ۳



فرم گزارش بازدید بیمه‌نامه زالوی طبی صنعتی

توصیه‌های ایمنی به منظور کاهش ریسک و افزایش ایمنی (با اعلام مکتوب به بیمه‌گذار) جهت رعایت و اقدام لازم:

.....
.....
.....
.....
.....

تاریخ اعتبار کارشناسی برای صدور بیمه‌نامه:

با توجه به بازدید انجام شده و در نظر گرفتن نوع فعالیت، مواد موجود و سرمایه مورد بیمه این گزارش تا تاریخ / / ۱۳ معتبر می‌باشد (حداکثر مهلت اعتبار گزارش بیش از ۱۵ روز منظور نگردد).

نام و سمت:

مهر، امضا و تاریخ

نظریه مسئول واحد صدور:

.....
.....
.....

نام و سمت:

مهر، امضا و تاریخ

نظریه سرپرست واحد صدور (در صورت لزوم و با توجه به آئین‌نامه حدود اختیارات، پوشش‌های درخواستی، وضعیت ریسک و یا تشخیص واحد صدور):

.....
.....
.....

نام و سمت:

مهر، امضا و تاریخ