



فرم گزارش بازدید دوره ای شرکت بیمه آرمان

شماره سند: FM-FI-06/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۲

نام شعبه/رئیس شعبه: نام ارزیاب: تاریخ بازدید:

نام بیمه گذار: شماره بیمه نامه: دوره بازدید:

محل مورد بازدید: کارخانه کارگاه انبار مرکز تجاری سایر:

نوع فعالیت محل مورد بیمه: اشخاص طرف مذاکره:

توصیه های ایمنی اعلام شده در بازدید قبلی به تاریخ / /

ردیف	شرح توصیه ایمنی الزامی	انجام شده است
۱		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

آیا محل مورد بیمه نسبت به بازدید انجام شده قبلی تغییراتی داشته است؟ بلی خیر

چنانچه محل مورد بیمه تغییراتی داشته است نوع تغییر و میزان آن در جدول ذیل مشخص گردد:

عنوان تغییر	شرح تغییرات
تغییر نشانی	نشانی تغییر نکرده است <input type="checkbox"/> نشانی تغییر کرده است <input type="checkbox"/>
موضوع فعالیت و تشدید خطر	تغییری نکرده است <input type="checkbox"/> افزایش داشته است <input type="checkbox"/> کاهش یافته است <input type="checkbox"/>
ساختمان و تاسیسات	افزایش داشته است <input type="checkbox"/> افزایش نداشته است <input type="checkbox"/>
موجودی	افزایش داشته است <input type="checkbox"/> افزایش نداشته است <input type="checkbox"/>
ماشین آلات و سایر اموال مورد بیمه	افزایش داشته است <input type="checkbox"/> افزایش نداشته است <input type="checkbox"/>
امکانات و تجهیزات ایمنی	اصلاح شده است <input type="checkbox"/> تغییری نکرده <input type="checkbox"/>
وضعیت کلی محل	تغییر نکرده است <input type="checkbox"/> تغییر کرده است <input type="checkbox"/>

شماره سند: FM-FI-06/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۲ از ۲



فرم گزارش بازدید دوره ای شرکت بیمه آرمان

*با توجه به تغییرات فوق آیا ادامه اعتبار بیمه نامه امکان پذیر است یا خیر؟ (با ذکر دلایل کافی)

*چنانچه ادامه اعتبار بیمه نامه امکانپذیر می باشد، با توجه به وضعیت کنونی محل مورد بیمه چه اقداماتی می بایست از طریق بیمه گذار در محل انجام شود؟

نام و امضاء کارشناس

نام و امضاء بیمه گذار

نظریه مدیر واحد/ریاست شعبه:

تاریخ و امضاء مدیر واحد/ رئیس شعبه