

**Informacje dotyczące oceny ryzyka  
Ubezpieczenie maszyn od uszkodzeń**

1.	Ubezpieczający (wnioskodawca)	Adres Zakład Wodociągów i Kanalizacji Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Oławie 55-200 Oława ul. 3 Maja 30 NIP 912 17 48 498 REGON 932814669 EKD 4100			
2.	Ubezpieczony	Adres Jak wyżej NIP REGON EKD			
3.	Miejsce ubezpieczenia	Lokalizacje wymienione w Informacjach ogólnych dotyczących przedsiębiorstwa			
4.	Podstawowa działalność zakładu (surowce, proces produkcyjny, produkty)	krótki opis Pobór, uzdatnianie i dostarczanie odbiorcom wody pitnej Odbiór, oczyszczanie i odprowadzanie ścieków			
5.	Czy maszyny i urządzenia, które mają zostać ubezpieczone, były w przeszłości przedmiotem ubezpieczenia od uszkodzeń	Tak <input checked="" type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	
w którym zakładzie ubezpieczeń: PZU, INTERRISK					
6.	System pracy	Jednozmianowy <input type="checkbox"/>	Dwuzmianowy <input type="checkbox"/>	Trzymianowy <input checked="" type="checkbox"/>	
		Proces ciągły <input type="checkbox"/>	..... dni w tygodniu <input type="checkbox"/>		
7.	Działalność sezonowa	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input checked="" type="checkbox"/>	
		od ..... do.....			
8.	Czy wniosek o ubezpieczenie maszyn od uszkodzeń był kiedykolwiek odrzucony	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input checked="" type="checkbox"/>	
		Przez który zakład ubezpieczeń i dlaczego:			
9.	Czy ubezpieczeniem mają być objęte fundamenty maszyn	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input checked="" type="checkbox"/>	
		Numer pozycji*	Typ fundamentu	Suma ubezpieczenia	
10.	Czy deklarowane do ubezpieczenia maszyny są lub będą ubezpieczone od ognia i innych zdarzeń losowych	Tak <input checked="" type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	
11.	Czy ubezpieczane maszyny są na gwarancji producenta				
		Numer pozycji*	Data wygaśnięcia gwarancji		
12.	Czy w zakładzie znajdują się maszyny, które nie będą ubezpieczone tym ubezpieczeniem ?	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input checked="" type="checkbox"/>	
* Numer pozycji na wykazie maszyn i urządzeń (w razie potrzeby proszę dołączyć dodatkową stronę)					
13.	Czy istnieją szczególne zagrożenia: Zapylenie Wilgoć Ręczny sposób sterowania Wysoka temperatura Atmosfera aktywna chemicznie Inne	Tak <input type="checkbox"/>			
		Tak <input checked="" type="checkbox"/>			
		Tak <input checked="" type="checkbox"/>			
		Tak <input type="checkbox"/>			
		Tak <input checked="" type="checkbox"/>			
		Opis			

14.	Czy ubezpieczenie ma obejmować zwiększone koszty (w przypadku szkody) - frachtu ekspresowego, godzin nadliczbowych, nocnych, świątecznych (w przypadku szkody) - transport powietrzny	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input checked="" type="checkbox"/>
		Sublimit:	
		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input checked="" type="checkbox"/>
		Sublimit:	
15.	Szkody w ciągu ostatnich 3 lat (dotyczy awarii maszyn)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input checked="" type="checkbox"/>
		Specyfikacja:	
16	Czy suma ubezpieczenia zawiera VAT	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input checked="" type="checkbox"/>
		Jeśli tak proszę podać nr pozycji*:	

Data sporządzenia: **07.09.2015 r.**