

**Kwestionariusz oceny ryzyka
Ubezpieczenie maszyn od uszkodzeń (awarii)**

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"/>
13.	Czy istnieją szczególne zagrożenia:	
	zapylenie	Tak <input type="checkbox"/>
	wilgoć	Tak <input checked="" type="checkbox"/>
	ręczny sposób sterowania	Tak <input checked="" type="checkbox"/>
	wysoka temperatura	Tak <input type="checkbox"/>

* Numer pozycji na wykazie maszyn i urządzeń (w razie potrzeby proszę dołączyć dodatkową stronę)

	atmosfera aktywna chemicznie inne.	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*:	