

Informacje dodatkowe dotyczące budynków i zastosowanych zabezpieczeń

TAK

NIE

1.	Informacja czy w konstrukcji znajdują się elementy z płyt warstwowych z wypełnieniem palnym bądź elementy drewniane	X	X
a)	Jeżeli na powyższe odpowiedź brzmi tak prosimy o dodatkowe informacje - jakie to elementy Część dachu nad izbą, piętrec i podjazd ... dla korytek jest z konstrukcją drewnianą (krokwie)		
b)	W przypadku, gdy konstrukcja zawiera elementy drewniane - prosimy nw. o informacje: ✓ czy w budynkach gdzie obecne są drewniane elementy konstrukcyjne instalacje elektryczne prowadzona są w niepalnych osłonach ✓ jeżeli dach jest konstrukcji drewnianej – czy poddasze/strych jest zagospodarowane i czy przechowywane są tam materiały łatwopalne (jeśli tak napisać jakie materiały)	X	X
	✓ czy w budynkach posiadających drewnianą konstrukcję dachu elementy drewniane zostały zaimpregnowane ogniochronnie przez firmy wyspecjalizowane w tym zakresie i posiadające odpowiednie certyfikaty producentów preparat dendrodex	X	
2.	Informacja odnośnie zagrożenia powodziowego w związku z położeniem w pobliżu cieków wodnych (prosimy o wskazanie z nazwy takiego cieku, jego odległości od danej lokalizacji oraz różnicy wysokości względem lokalizacji) rzeka Bystrzyca odległość 1200m Szpitał 203m n.p.m., rzeka 188m n.p.m. różnica 4m		
3.	Czy firma posiada aktualne badania stanu technicznego instalacji elektrycznej, kominowej i grzewczej i jak często wykonywane są te badania instalacja elektryczna - co 5 lat instalacja wentylacyjna - co rok, kominowa - co rok	X	

Kwestionariusz oceny ryzyka z dnia

Samodzielny Publiczny Zespół Szpitali
Pulmonologiczno-Reumatologicznych z/s w Kup
46-082 Kup, ul. Karola Miarki 14
Sekretariat: 077 403 28 50, fax: 077 403 28 53
REGON: 530938517, NIP: 991-00-60-260

I DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwa podmiotu gospodarczego/ Nazwisko i Imię

Siedziba/ adres Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

REGON

NIP

PESEL*)

EDK/PKD**)

II INFORMACJE OGÓLNE O PRZEDSIĘBIORSTWIE

1) Rodzaj prowadzonej działalności

☐ handel ☒ usługi ☐ produkcja ☐ inna

2) Szczegółowy opis działalności

usługi zdrowotne

3) Rok rozpoczęcia działalności

4) Liczba zatrudnionych ogółem

Minimum na jedną zmianę

Czas pracy- dni w tygodniu:

Ilość zmian roboczych:

Godziny pracy:

od do cały dzień

III LOKALIZACJA PRZEDSIĘBIORSTWA

1) Usytuowanie w otoczeniu(najbliższych 3 km)

☐ drogi szybkiego ruchu

w odległości km dodatkowe info

nie dotyczy

☒ drogi lokalnej

w odległości 0,1 km dodatkowe info

☒ drogi dojazdowej

w odległości km dodatkowe info

bezpośrednie

☒ niskich jednorodzinnych zabudowań

w odległości 0,1 km dodatkowe info

☒ niskich zabudowań innych niż jednorodzinnych

w odległości 0,1 km dodatkowe info

☐ wysokich wielorodzinnych zabudowań(np. wieżowce)

w odległości km dodatkowe info

nie dotyczy

☐ wysokich zabudowań innych niż wielorodzinne(np. biurowce)

w odległości km dodatkowe info

nie dotyczy

☐ budynków przemysłowych, magazynów, przepompowni gazów

w odległości km dodatkowe info

nie dotyczy

☐ linii kolejowej

w odległości km dodatkowe info

- " -

☐ lotniska

w odległości km dodatkowe info

- " -

☒ zbiornika wodnego, ciekłu

w odległości 1,2 km dodatkowe info

☐ inne

w odległości km dodatkowe info

tak nie

2) Czy teren przedsiębiorstwa jest łatwo dostępny dla jednostek ratowniczych:

☒ Jeżeli, "nie"- podać przyczynę

IV DANE DOTYCZĄCE BUDYNKÓW

1) Charakterystyka zabudowań

5648 m² powierzchnia ogółem

1859 rok budowy

2007 rok ostatniej modernizacji, remontu

4 ilość kondygnacji

3.646,50

2) Czy budynki posiadają sprawne urządzenia ogromowe?

termomodernizacja

tak nie

☒

- KUP -

3) Czy teren przedsiębiorstwa jest podzielony na strefy pożarowe?

☒

4) Czy budynki o powierzchni przekraczającej dopuszczalne wielkości stref pożarowych** są podzielone oddzieleniami przeciwpożarowymi (ściany), drzwi)

☒

5) Czy są budynki wyposażone w urządzenia do usuwania dymów i gazów?

☐

wydzielone klatki schodowe
posiadają okna uchylne o przepływie
pożem. - automatyczny system oddymiania

V ZARZĄDZANIE

1) Regularność usuwania odpadów: ☐ co godzinę ☐ Co 2 – 6 godzin ☐ po zmianie ☒ codziennie ☐ co kilka dni ☐ raz w tygodniu

2) Zakaz palenia: ☒ bezwzględny ☐ w wybranych strefach ☐ brak zakazu

VI MEDIA

1) Ogrzewanie: ☐ miejskie ☐ olejowe ☒ gazowe ☐ elektryczne ☐ promienniki ☐ ogrzewanie spalinami

2) Czy jest kotłownia? ☒ tak ☐ nie Czy kotłownia jest zlokalizowana w oddzielnym budynku? ☒ tak ☐ nie Jeżeli „nie” podać miejsca

3) Instalacja wodna ☒ miejska ☐ własna

VII OCHRONA PRZECIWPÓŻAROWA

1) Czy w budynkach są hydranty wewnętrzne?

☒

2) Czy na terenie przedsiębiorstwa są hydranty zewnętrzne?

☒

3) Czy wszystkie posiadane systemy zabezpieczeń są sprawne technicznie i posiadają aktualne potwierdzenie sprawności przez upoważnione jednostki?

☒

4) Czy istnieje instalacja bezpieczeństwa pożarowego? *Sygnałizacja pożarowa*
człowiek - centrala + oddzielny chodnik ppoż i ppoż

☒

5) Czy istnieje system zezwoleń na prace niebezpieczne pożarowo?

☒

6) Czy przechowywane są materiały lub odpady palne w miejscu produkcji?

☒

7) Czy na drogach ewakuacyjnych lub przejściach zalegają materiały lub odpady palne?

☒

8) Czy na podłodze zalegają materiały lub odpady palne?

☒

VIII UWAGI I WNIOSKI

Składając niniejszy Kwestionariusz oceny ryzyka oświadczam, iż przedstawione dane są prawdziwe i mogą stanowić podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia i wystawienia polisy.

Miejscowość

Pieczęć i podpis Ubezpieczającego

podpis i pieczęć przyjmującego Kwestionariusz