

Pokój

**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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
a)	Jeżeli na powyższe odpowiedź brzmi tak prosimy o dodatkowe informacje - jakie to elementy <i>Waga - budynek główny szpitala nie posiada elementów palnych</i> <i>- budynek szpitalu rehabilitacji posiada dach o konstrukcji</i> <i>drewnianej</i>		
b)	W przypadku, gdy konstrukcja zawiera elementy drewniane - prosimy nw. o informacje:		
	<input checked="" type="checkbox"/> czy w budynkach gdzie obecne są drewniane elementy konstrukcyjne instalacje elektryczne prowadzona są w niepalnych osłonach <input checked="" type="checkbox"/> jeżeli dach jest konstrukcji drewnianej - czy poddasze/strych jest zagospodarowane i czy przechowywane są tam materiały łatwopalne (jeśli tak napisać jakie materiały)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> czy w budynkach posiadających drewnianą konstrukcję dachu elementy drewniane zostały zaimpregnowane ogniochronnie przez firmy wyspecjalizowane w tym zakresie i posiadające odpowiednie certyfikaty producentów	<input checked="" type="checkbox"/>	
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), <i>nie dotyczy</i>		
3.	Czy firma posiada aktualne badania stanu technicznego instalacji elektrycznej, kominowej i grzewczej i jak często wykonywane są te badania <i>instalacje elektryczne - co 5 lat</i> <i>instalacje wentylacyjna, kominowa - co rok</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Kwestionariusz oceny ryzyka z dnia

I DANE UBEZPIECZONEGO

Samodzielny Publiczny Zespół Szpitali  
Pulmonologiczno-Reumatologicznych z/s w Kęp  
46-002 Kęp, ul. Karola Miarki 14  
Sekretariat: 077 403 28 50, fax: 077 403 28 53  
REGON: 550938517, NIP: 991-00-60-200

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 wty dop

III LOKALIZACJA PRZEDSIĘBIORSTWA

1) Usytuowanie w otoczeniu( najbliższych 3 km)

☐ drogi szybkiego ruchu

w odległości km dodatkowe info

☒ drogi lokalnej

w odległości 0,1 km dodatkowe info

☒ drogi dojazdowej

w odległości 0,1 km dodatkowe info

☒ niskich jednorodzinnych zabudowań

w odległości 0,1 km dodatkowe info

☒ niskich zabudowań innych niż jednorodzinnych

w odległości 0,3 km dodatkowe info

☐ wysokich wielorodzinnych zabudowań( np. wieżowce)

w odległości km dodatkowe info

☐ wysokich zabudowań innych niż wielorodzinne( np. biurowce)

w odległości km dodatkowe info

☐ budynków przemysłowych, magazynów, przepompowni gazów

w odległości km dodatkowe info

☒ linii kolejowej

w odległości 1,0 km dodatkowe info

☐ lotniska

w odległości km dodatkowe info

☒ zbiornika wodnego, ciek

w odległości 5,0 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

109240 m2 powierzchnia ogółem

rok budowy

2005 rok ostatniej modernizacji, remontu

3 ilość kondygnacji

2) Czy budynki posiadają sprawne urządzenia ogromowe?

termomodernizacja

tak nie

☒



- 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) ☒ ☐ *nie*
- 5) Czy są budynki wyposażone w urządzenia do usuwania dymów i gazów? ☒ ☐

## 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 *Niechciane miejsce w piwnicy budynku głównego*
- 3) Instalacja wodna ☐ miejska ☐ własna

## VII OCHRONA PRZECIWPOŻAROWA

- 1) Czy w budynkach są hydranty wewnętrzne? ☒ ☐
- 2) Czy na terenie przedsiębiorstwa są hydranty zewnętrzne? ☒ ☐
- 3) Czy wszystkie posiadane systemy zabezpieczeń są sprawne techniczne i posiadają aktualne potwierdzenie sprawności przez upoważnione jednostki? ☒ ☐
- 4) Czy istnieje instalacja bezpieczeństwa pożarowego? ☒ ☐
- 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