

1 - DADOS CADASTRAIS:				
RAZÃO SOCIAL				
CNPJ				
ENDEREÇO				
CIDADE	UF	CEP		
(DDD) TELEFONE	()	E-MAIL		
DATA DE FUNDAÇÃO	CONTATO			
QTDE. DE FUNCIONÁRIOS	VERTICAL			
2 - HÁ FILIAIS E/OU OUTRAS COMPANHIAS DE ALGUMA FORMA RELACIONADA A PROPONENTE, CITANDO DE CADA COMPANHIA A FORMA DE RELACIONAMENTO, ENTRE AS EMPRESAS, PARA QUAIS SERÃO CONTRATADAS, AS COBERTURAS DESTA APÓLICE?				
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		
3 - EXISTE CONTRATO EXPRESSO ENTRE O PROPONENTE E SEUS CLIENTES?				
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		
4 - QUAL É A ATIVIDADE PRESTADA?				
5 - QUAIS SÃO OS RISCOS DE OCORREM FALHAS PROFISSIONAIS DENTRO DOS PROCESSOS DESCRITOS ACIMA?				
6 - INFORMAÇÕES SOBRE O QUADRO DE EMPREGADOS DO PROPONENTE:				
QTDE. TOTAL DE SÓCIOS				
QTDE. TOTAL DE DIRETORES				
QTDE. TOTAL DE EXECUTIVOS				
QTDE. TOTAL DE ESTAGIÁRIOS				
QTDE. TOTAL DE PROFISSIONAIS APTOS PARA PRESTAR SERVIÇO PARA O PROPONENTE				
DEMAIS EMPREGADOS				
TOTAL				
7 - HÁ CONTRATO EXPRESSO ENTRE O PROPONENTE E AS EMPRESAS TERCEIRIZADAS, CREDENCIADAS OU PRESTADORAS DE SERVIÇO?				
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		
8 - EM CASO POSITIVO DA QUESTÃO ACIMA, INFORME QUAIS SÃO OS SERVIÇOS QUE SÃO TERCEIRIZADOS, INCLUINDO AQUELES REALIZADOS POR PESSOAS (FÍSICAS OU JURÍDICAS), CREDENCIADAS E PRESTADORAS DE SERVIÇOS:				
10 - QUAL É O NÚMERO DE TERCEIRIZADOS QUE PRESTAM SERVIÇOS AO PROPONENTE?				
11 - QUAL É O NÚMERO TOTAL DE CLIENTE DO SEGURADO?				
12 - INFORME OS TRÊS PRINCIPAIS CONTRATOS VIGENTES (NOME DO CONTRATANTE E VALOR DO CONTRATO):				
NOME DO CONTRATANTE		VALOR		
NOME DO CONTRATANTE		VALOR		
NOME DO CONTRATANTE		VALOR		
13 - INFORME OS VALORES DO FATURAMENTO BRUTO DO PROPONENTE NOS ÚLTIMOS DEZ (10) MESES:				
MÊS / ANO	VALOR		MÊS / ANO	VALOR

14 – A PROPONENTE É OU JÁ FOI CONTRATANTE DE SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL?

SIM NÃO

15 – EM CASO POSITIVO DA QUESTÃO ACIMA, INDIQUE:

SEGURADORA	VIGÊNCIA DA APÓLICE	LIMITE SEGURADO	DATA RETROATIVA	PRÊMIO LÍQUIDO	FRANQUIA
	___/___/___ à ___/___/___		___/___/___		
	___/___/___ à ___/___/___		___/___/___		
	___/___/___ à ___/___/___		___/___/___		

16 - FOI RECUSADA ALGUMA PROPOSTA PARA SEGURO SEMELHANTE FEITA PELO PROPONENTE, PELOS ATUAIS SÓCIOS OU POR SEUS PREDECESSORES NO NEGÓCIO?

SIM NÃO

17 - ALGUM SEGURO FOI CANCELADO OU TEVE SUA RENOVAÇÃO RECUSADA?

SIM NÃO

18 – EM CASO POSITIVO DAS QUESTÕES ACIMA, DESCREVA O MOTIVO:

RECUSA DE PROPOSTA

RECUSA DE RENOVAÇÃO

19 - O SEGURADO JÁ SOFREU RECLAMAÇÃO(ÕES) POR DANO(S) CAUSADO(S) PELA PRESTAÇÃO DE SEUS SERVIÇOS PROFISSIONAIS?

SIM NÃO

20 - O SEGURADO TEM CONHECIMENTO DE QUALQUER ATO OU FATO QUE POSSA GERAR RECLAMAÇÃO(ÕES) FUTURA DECORRENTE(S) DE DANO(S) CAUSADO(S) PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS?

SIM NÃO

21 - O SEGURADO TEM CONHECIMENTO DE ALGUMA RECLAMAÇÃO OU AÇÃO DISCIPLINAR POR QUALQUER AUTORIDADE FISCAL DE ÓRGÃO CONTRA SÓCIO, EMPREGADO OU EXECUTIVO DO PROPONENTE?

SIM NÃO

22 – EM CASO POSITIVO DAS QUESTÕES ACIMA, DETALHE:

23 – LIMITE DE GARANTIA E ÂMBITO DE COBERTURA PRETENDIDO:

R\$ 100.000,00
 R\$ 200.000,00
 R\$ 300.000,00
 R\$ 1.000.000,00
 R\$ 3.000.000,00
 OUTROS:

24 – COBERTURAS ADICIONAIS:

RESPONSABILIDADE CIVIL GERAL - COBERTURA POR DANOS MATERIAIS E/OU CORPORAIS, CAUSADOS A TERCEIROS DECORRENTES DO USO, EXISTÊNCIA E CONSERVAÇÃO DO ESTABELECIMENTO COMERCIAL?

SIM NÃO

RESPONSABILIDADE CIVIL DO EMPREGADOR – COBERTURA DE MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE DE FUNCIONÁRIO DO SEGURADO, DECORRENTE DE ACIDENTE SÚBITO, ÚNICO E INESPERADO?

SIM NÃO

SEGURO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM LOCAIS DE TERCEIROS – COBERTURA DE ACIDENTES EM LOCAIS DE TERCEIROS RELACIONADOS COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIFICADOS NO QUESTIONÁRIO?

SIM NÃO



25 – OBSERVAÇÕES / CONDIÇÕES PRETENDIDAS:

ANEXE OS DOCUMENTO JUNTO COM O QUESTIONÁRIO:

SE TRATAR DE APÓLICE ESPECÍFICA, ANEXAR O CONTRATO.

RELAÇÃO DOS SÓCIOS DA EMPRESA (NOME E TEMPO NA EMPRESA).

CONTRATO SOCIAL DO PROPONENTE.

BALANÇO NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES.

LOCAL / DATA

ASSINATURA

