

1. NOME/RAZÃO SOCIAL DO(S) SEGURADO(S) :

CNPJ:

No caso de empresas do mesmo Grupo com atividades similares, anexar

2. CORRETOR

TELEFONE

E-MAIL:

3. ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA (COMPLETO)

ENDEREÇO ELETRÔNICO (SITE) DO SEGURADO

4. ATIVIDADE DO SEGURADO

**5. INÍCIO DAS ATIVIDADES
DO SEGURADO**

4.1 Atividade Principal:

RESTAURANTE RESTAURANTE RESTAURANTE RESTAURANTE

Detalhar

4.2 Outras atividades, inclusive as realizadas fora dos locais especificados no item abaixo.

Detalhar

6. ENDEREÇO (S) DO(S) ESTABELECIMENTO(S) DO PROPONENTE

7. FATURAMENTO BRUTO DA EMPRESA A PREÇO CONSTANTE

R\$

8. FOLHA SALARIAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES:

R\$

9. NÚMERO DE EMPREGADOS

10. O SEGURADO POSSUI CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE VIGENTE

NÃO SIM

QUAL?

11. EM SE TRATANDO DE ESTABELECIMENTO DE HOSPEDAGEM, INFORMAR:

NÚMERO DE QUARTOS OU APARTAMENTOS

EXISTÊNCIA DE RESTAURANTES OU SIMILARES

R\$

12. NÚMERO DE HÓSPEDES POR ANO E POR NACIONALIDADES

<input type="checkbox"/>	BRASILEIROS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	NORTE-AMERICANOS E CANADENSES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	EUROPEUS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	OUTRAS NACIONALIDADES	<input type="text"/>

13. ASSINALAR, CASO HAJA INTERESSE NA CONTRATAÇÃO DAS SEGUINTE COBERTURAS ADICIONAIS:

<input type="checkbox"/>	COMPETIÇÕES E JOGOS ESPORTIVOS
<input type="checkbox"/>	OBJETOS PESSOAIS DE EMPREGADOS SOB A GUARDA DO SEGURADO (EXCETO VEÍCULOS)
<input type="checkbox"/>	FALHA DE PROFISSIONAL DA ÁREA MÉDICA (AMBULATÓRIO MÉDICO E/OU ODONTOLÓGICO / ENFERMARIA DA EMPRESA)
<input type="checkbox"/>	RC EMPREGADOR
<input type="checkbox"/>	RC SUBSIDIÁRIA DO SEGURADO POR MERCADORIAS DE SUA PROPRIEDADE QUANDO TRANSPORTADAS POR TERCEIROS
<input type="checkbox"/>	CIRCULAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DO TIPO MÓVEL NAS VIAS PÚBLICAS ADJACENTES AO ESTABELECIMENTO (EX.: EMPILHADEIRAS, TRATORES, GUINDASTES).
<input type="checkbox"/>	POLUIÇÃO, CONTAMINAÇÃO, VAZAMENTOS SÚBITOS DE PRODUTOS TÓXICOS, PERIGOSOS, CORROSIVOS
<input type="checkbox"/>	RC RISCOS CONTINGENTES – VEÍCULOS TERRESTRES MOTORIZADOS

14. EXPERIÊNCIA:

14.1. O PROPONENTE TEM CONHECIMENTO DE QUALQUER FATO DE QUE POSSA ADVIR UMA RECLAMAÇÃO CONTRA A EMPRESA?

<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM - DETALHAR: <input type="text"/>
--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------------------

14.2. NO TOCANTE AO PRESENTE RISCO, O PROPONENTE TEM CONHECIMENTO DE ALGUMA RECLAMAÇÃO CONTRA SI NOS ÚLTIMOS 10 (DEZ) ANOS?

<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM - DETALHAR: <input type="text"/>
--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------------------

14.3. ALGUMA SEGURADORA RECUSOU PROPOSTA DE SEGURO SEMELHANTE FEITA PELO PROPONENTE, ESTABELECEU CONDIÇÕES AGRAVADAS PARA SUA ACEITAÇÃO, RECUSOU RENOVAÇÃO DE ALGUM SEGURO?

<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM - DETALHAR: <input type="text"/>
--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------------------

14.4. NO CASO DE O PROPONENTE POSSUIR OU JÁ TER POSSUÍDO SEGURO PARA GARANTIR QUAISQUER DOS RISCOS PROPOSTOS INDIQUE A SEGURADORA.

15. EXISTE ALGUMA PREVISÃO PARA AMPLIAÇÃO DAS ATIVIDADES DO PROPONENTE NO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO PROPOSTO?

NÃO SIM - DETALHAR:

16 – COBERTURA(S)

IMPORTÂNCIA SEGURADA PRETENDIDA (R\$)

R\$

OUTRAS INFORMAÇÕES QUE POSSAM TER INFLUÊNCIA NA AVALIAÇÃO DO RISCO

1. OPERAÇÕES EM LOCAIS DE TERCEIROS:

INSTALAÇÕES E/OU MONTAGENS DE EQUIPAMENTOS (DESCREVER ATIVIDADES REALIZADAS USUALMENTE):

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM LOCAIS DE TERCEIROS IMPORTÂNCIA SEGURADA
R\$

Nº DE FUNCIONÁRIOS QUE PRESTAM SERVIÇOS EM LOCAIS DE TERCEIROS

1.1. ASSINALAR OS SERVIÇOS EXECUTADOS POR TAIS FUNCIONÁRIOS:

LIMPEZA E CONSERVAÇÃO DE IMÓVEIS E SEU CONTEÚDO – SERVIÇOS DE ESCRITÓRIO – MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E APARELHOS DE USO DOMÉSTICO E DE ESCRITÓRIO

MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS, ELEVADORES, ESCADAS ROLANTES E CENTRAIS DE AR CONDICIONADO

OUTROS: ESPECIFICAR

2. EXISTE TRANSPORTE DE FUNCIONÁRIOS POR EMPRESAS CONTRATADAS?

NÃO SIM

CASO AFIRMATIVO, INFORMAR:

2.1. TIPO DE VEÍCULOS E QUANTIDADE:

2.2. PERCURSO DOS MESMOS:

3. EXISTE SERVIÇO DE VIGILÂNCIA PRESTADO POR EMPRESAS ESPECIALIZADAS?

NÃO SIM

CASO AFIRMATIVO, INFORMAR:

3.1 – NOME DA EMPRESA:

3.2. – NÚMERO DE VIGILANTES:

3.3 – TIPO DE SERVIÇO PRESTADO:

4. SÃO FEITOS CONTRATOS NOS QUAIS O SEGURADO ASSUMA RESPONSABILIDADES

NÃO SIM

CASO AFIRMATIVO, INFORMAR:

5. EXISTE ESTACIONAMENTO PARA VEÍCULOS DE TERCEIROS? SUPERIORES ÀS PREVISTAS

NÃO SIM

CASO AFIRMATIVO, INFORMAR:

5.1. O SEGURO USUAL DE RESPONSABILIDADE CIVIL GERAL NÃO GARANTE DANOS A VEÍCULOS EM ESTACIONAMENTO, EXCETO SE FOR CONTRATADO SEGURO ESPECÍFICO. DESEJA CONTRATAR SEGURO ESPECÍFICO?

NÃO SIM

CASO AFIRMATIVO, INFORMAR:

5.2. EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR:

5.2.1. NÚMERO DE VAGAS EXISTENTES NO LOCAL

5.2.2. EXISTE CONTROLE FORMAL DE ENTRADA E SAÍDA DE VEÍCULOS?

NÃO SIM

5.2.3. INFORMAR QUAL TIPO DE CONTROLE É UTILIZADO PELO SEGURADO

5.2.4. IMPORTÂNCIA SEGURADA PRETENDIDA:

R\$

5.2.5. COBERTURA PRETENDIDA:

GLOBAL (COLISÃO (CAUSADA POR MANOBRISTA), INCÊNDIO E ROUBO)

PARCIAL (INCÊNDIO, FURTO OU ROUBO)

6. EXISTE CRECHE DENTRO DO ESTABELECIMENTO?

NÃO SIM CASO AFIRMATIVO INFORMAR N° DE CRIANÇAS

IMPORTANTE: CASO O ESTABELECIMENTO FUNCIONE FORA DO ESTABELECIMENTO, HÁ NECESSIDADE DE PREENCHIMENTO DE QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO.

7. EXISTE GRÊMIO/ASSOCIAÇÃO DENTRO DO ESTABELECIMENTO?

NÃO SIM

7.1. CASO AFIRMATIVO, INFORMAR A EXISTÊNCIA DE:

RESTAURANTE OU SIMILARES

INSTALAÇÕES ESPORTIVAS OU RECREATIVAS. QUAIS?

OUTRAS ATIVIDADES E/OU INSTALAÇÕES DO CLUBE NÃO PREVISTAS ACIMA, DESCREVENDO-AS:

IMPORTANTE: CASO O GRÊMIO/ASSOCIAÇÃO FUNCIONE FORA DO ESTABELECIMENTO, HÁ NECESSIDADE DE PREENCHIMENTO DE QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO.

7.2 LOCAL E DATA

**ASSINATURA DO ENGENHEIRO OU SEU REPRESENTANTE
LEGAL**

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS

As condições do seguro serão inicialmente definidas em função da análise dos danos fornecidos pelo proponente, através do preenchimento do presente questionário.

Este questionário poderá ser enviado eletronicamente, entretanto deverá ser remetido posteriormente, devidamente datado, carimbado e assinado pelo Segurado, sob pena de perda de direito à indenização em caso de eventual sinistro.

Este documento fará parte integrante e inseparável da apólice, para os devidos fins e efeitos.