**SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PARA CORRETORES DE SEGUROS – PESSOA JURÍDICA**

**Nome da Corretora: \***

|  |
| --- |
|  |

## Código SUSEP: \*

|  |
| --- |
|  |

**CNPJ: \***

|  |
| --- |
|   |

#### Nome do Corretor Responsável :\*

|  |
| --- |
|  |

**Endereço: \***

|  |
| --- |
|  |

#### Bairro: \* Cidade / Estado:\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

### **CEP : \* Email: \***

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Telefone:\***

|  |
| --- |
|  |

**Informações sobre o risco:**

**Indique os percentuais (aproximados) de atuação nos seguintes ramos de Seguros:**

1. **Automóvel:**
2. **Vida e AP /Seguro saúde/ Previdência:**
3. **Riscos de Engenharia, RC Geral, Transportes, Garantia:**
4. **Certificação digital:\_\_\_\_\_**

## Número de funcionários:

|  |
| --- |
| 1. **Proprietários / sócios:**
2. **Corretores funcionários:\_\_\_\_\_**
3. **Corretores não-funcionários:\_\_\_\_\_**
4. **Demais funcionários (secretárias, office-boys, limpeza, etc):**
 |

#### Prêmio líquido emitido nos últimos 12 meses:

|  |
| --- |
| R$  |

### **Comissões Brutas recebidas nos últimos 12 meses:**

|  |
| --- |
| R$  |

### **Faturamento dos últimos 12 meses com venda de certificação digital:**

|  |
| --- |
| R$  |

**A corretora já contratou o Seguro de Responsabilidade Civil Profissional anteriormente?**

|  |
| --- |
|  |

#### Caso a resposta anterior seja afirmativa, favor informar : Nome da Seguradora, número da apólice, importância segurada contratada e Fraquia do Seguro:

|  |
| --- |
|  |

#### Quantos anos de renovação sem sinistro?

|  |
| --- |
|  |

**A corretora ou quaisquer um de seus sócios, já sofreu reclamações de terceiros por falha profissional?**

|  |
| --- |
|  |

**Em caso de resposta positiva, favor detalhar:**

|  |
| --- |
|  |

**Conhece algum fato que possa vir a ser reclamado?**

|  |
| --- |
|  |

**Importância Segurada escolhida:**

|  |
| --- |
|  |

**COBERTURAS:**

**RC PROFISSIONAL – 100% DO LIMITE CONTRATADO:**

* **Danos Morais;**
* **Danos Materiais;**
* **Lucros Cessantes;**
* **Perda, roubo ou furto de documentos de terceiros em posse do Segurado;**
* **Atos dolosos de funcionários do Segurado em que este venha a ser responsabilizado por terceiros;**
* **Despesas de defesa do segurado nas esferas cíveis, administrativas e criminais;**
* **Despesas de gerenciamento de imagem (em caso de sinistro);**
* **Custas emergenciais de defesa.**

**Deseja contratar nossa opção de cobertura adicional?**

**Responsabilidade Civil Geral**

Cobertura de danos materiais e/ou corporais, causados a terceiros decorrentes do uso, existência e conservação do estabelecimento comercial.

**100%** da Importância Segurada contratada

 **SIM**

 **NÃO**

**Responsabilidade Civil do Empregador**

Cobertura de morte e invalidez permanente de funcionário do Segurado, decorrente de acidente súbito, único e inesperado:

**100%** da Importância Segurada

 **SIM**

 **NÃO**

**Seguro de Prestação de Serviços em Locais de Terceiros (Processo SUSEP nº XXXXXXX)**

Cobertura de acidentes em locais de terceiros relacionados com a prestação de serviços especificados no questionário:

**100%** da Importância Segurada

 **SIM**

 **NÃO**

**Prêmio total:**

**Prêmio / Forma de pagamento / Vigência:**

|  |
| --- |
| **Até 4 x sem juros ou 6 x com juros 1,5 % ao mês** |

**Observações:**

* O valor acima refere-se ao prêmio total do Seguro (prêmio líquido + IOF de 7,38%)
* Fica acordado que, em caso de contratação esta proposta é considerada como parte integrante da apólice de Seguro;
* A vigência desse seguro tem 12 meses;
* O proponente deve notificar a Seguradora sobre qualquer alteração ou divergência das informações contidas nessa proposta. Ficando a critério da Seguradora, modificar ou cancelar qualquer cotação anterior;
* A Seguradora está autorizada a fazer qualquer investigação ou pergunta relacionada a esta proposta, na medida que julgue necessário;
* A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco;
* A validade do presente seguro está condicionada ao pagamento das parcelas nos devidos vencimentos;

**Declaro que todas as informações constantes desta proposta de seguro são verdadeiras**

**Local: Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Nome do responsável pelo preenchimento:**