**QUESTIONÁRIO PARA COTAÇÃO DE SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL**

O objetivo deste questionário é analisar as atividades profissionais desenvolvidas pelo segurado. É importante preencher todos os campos pertinentes a sua empresa; caso contrário, registrar que o questionamento é "não aplicável" à sua companhia.

**1. INFORMAÇÕES GERAIS DO PROPONENTE**

Razão social do Proponente:

Endereço:

 Sócio responsável:

CNPJ:

Telefone e e-mail de contato:

 Site do Proponente:

 Data de Inicio das atividades:

Informar se há filiais e/ou outras companhias de alguma forma relacionadas com a proponente, para as quais serão contratadas, conjuntamente, as coberturas desta apólice. Se aplicável, citar de cada companhia a forma de relacionamento entre as empresas.

­­­­­­­­­­­­

**2. INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS**

Qual a atividade prestada?

­­­­­­­­­­­­

Outras atividades desenvolvidas

­­­­­­­­­­­­

Quais os riscos de ocorrerem falhas profissionais dentro dos processos descritos acima?

­­­­­­­­­­­­

Existe contrato expresso entre o Proponente e seus clientes? [ ]  Sim [ ]  Não

**3. INFORMAÇÕES SOBRE O QUADRO DE EMPREGADOS DO PROPONENTE**

Favor informar o número total de:

Sócios / Diretores / Executivos:

Profissionais aptos a prestar o serviço para o Proponente:

Estagiários:

Demais Empregados:

**4. INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES PROFISSIONAIS TERCEIRIZADAS**

Informar todos os serviços que são terceirizados pelo Proponente, incluindo aqueles realizados por pessoas (físicas ou jurídicas) credenciadas e prestadoras de serviço.

­­­­­­­­­­­­

Informar se há contrato expresso entre o Proponente e as empresas terceirizadas, credenciadas ou prestadoras de serviço e qual é o número de terceirizados que prestam serviço ao Proponente?

­­­­­­­­­­­­

**5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Informar o número total de Clientes do Segurado destacando os três principais contratos vigentes (nome do contratante e valor do contrato).

­­­­­­­­­­­­

O proponente ou qualquer Sócio/Diretor está ligado ou associado (financeiramente ou por qualquer outra forma) a qualquer outra Companhia ou Organização? Indicar a participação acionária.

­­­­­­­­­­­­

**6. FATURAMENTO**

Informar os valores referentes aos últimos doze meses, contados a partir da data de preenchimento do questionário.

Faturamento bruto do Proponente:

R$

Faturamento bruto **SOMENTE** da atividade a ser objeto de seguro:

R$

**7. INFORMAÇÕES SOBRE SEGUROS SEMELHANTES E HISTÓRICO DE SINISTROS.**

Foi recusada alguma proposta para seguro semelhante feita pelo proponente, pelos atuais sócios ou por seus predecessores no negócio?

 [ ]  Sim [ ]  Não

Em caso afirmativo, informar detalhes.

­­­­­­­­­­­­

Algum seguro foi cancelado ou teve sua renovação recusada? [ ]  Sim [ ]  Não

Em caso afirmativo, informar detalhes.

­­­­­­­­­­­­

O Proponente é ou já foi contratante de Seguro de Responsabilidade Civil Profissional?

Caso positivo, favor responder as questões abaixo. [ ]  Sim [ ]  Não

Seguradora:

Vigência da apólice:

Limites Segurados:

Franquia:

Prêmio Líquido:

Data retroativa:

O segurado já sofreu reclamação(ões) por dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços profissionais? Em caso afirmativo, informar detalhes. [ ]  Sim [ ]  Não

­­­­­­­­­­­­

O segurado tem conhecimento de qualquer ato ou fato que possa gerar reclamação(ões) futura decorrente de dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços profissionais?

Em caso afirmativo, informar detalhes. [ ]  Sim [ ]  Não

­­­­­­­­­­­­

O segurado tem conhecimento de alguma reclamação ou ação disciplinar por qualquer autoridade fiscal de órgão oficial contra sócio, empregado ou executivo do Proponente? Em caso afirmativo, informar detalhes.

 [ ]  Sim [ ]  Não

­­­­­­­­­­­­

**8. LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA E AMBITO DE COBERTURA**

Favor assinalar o(s) Limite(s) pretendido(s)

R$ 100.000,00 [ ]  R$ 200.000,00 [ ]  R$ 300.000,00 [ ]

R$ 1.000.000,00 [ ]  R$ 3.000.000,00 [ ]  [ ]  Outros: R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual é o âmbito de Cobertura/Jurisdição almejada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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**

**Favor anexar os Seguintes documentos junto ao Questionário:**

 **- Relação dos sócios da empresa (nome e tempo na empresa);**

 **- Se tratar de Apólice especifica, anexar contrato;**

 **- Contrato Social do Proponente;**

 **- Balanço dos últimos 12 meses.**

 **Declarações Finais**

**O Proponente abaixo-assinado declara que todas as informações constantes da presente proposta de seguro são verdadeiras.**

**A presente proposta não obriga o Proponente a contratar o seguro. Porém, fica acordado que, em caso de contratação, esta proposta (a qual será arquivada pela Seguradora) será a base do contrato, uma vez que é considerada parte integrante da apólice.**

**Fica entendido e acordado que o Proponente deve notificar a Seguradora sobre qualquer alteração das informações contidas nesta proposta, ocorridas antes do início da vigência do seguro. Neste caso, a Seguradora poderá, a seu critério, modificar ou cancelar qualquer cotação anterior.**

A Seguradora está autorizada a fazer qualquer investigação ou pergunta relacionada a esta proposta, na medida em que julgue necessário.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nome e Cargo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e Data