

Questionário de Avaliação de Riscos Responsabilidade Civil Profissional – Cartórios

1. Proponente:

2. Endereço:

3. CNPJ: 4. Início das atividades:

5. Web site:

6. Informar o número total de Profissionais (matriz + filiais):

Graduados	Técnicos	Consultores	Estagiários	Demais Profissionais
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

7. Informar o Faturamento bruto (matriz + filiais):

Último exercício:	R\$ <input style="width: 95%;" type="text"/>
Estimado próximo exercício:	R\$ <input style="width: 95%;" type="text"/>

8. O Segurado possui algum cliente que seja responsável **por mais de 25%** do faturamento anual?

Sim Não

9. A apólice será para atender contrato específico?

Sim Não

Caso a resposta seja positiva, favor encaminhar cópia do contrato.

10. Favor detalhar a atividade profissional que será objeto de cobertura da apólice de Responsabilidade Civil Profissional.

11. O Proponente realiza auditorias e possui procedimentos para gerenciamento do seu próprio risco?

Sim Não

12. O Proponente formaliza por meio de contrato a prestação dos serviços profissionais?

Sim Não

13. O Proponente exige apólice de Responsabilidade Civil Profissional de subcontratados e terceirizados?

Sim Não

14. Indique em percentual de atuação da Sociedade:

Notificação nos Documentos	%	Protestos	%
Certidões em geral	%	Títulos e Documentos	%
Testamentos	%	Registro de Imóveis	%
Procurações	%	Registro e Averbações	%
Escrituras	%	Notificações nos Títulos	%
Autenticação	%	Inventário	%
Reconhecimento de Firma	%	Outros	%

15. O Proponente tem conhecimento de alguma **Reclamação por falha na prestação dos serviços profissionais** contra si ou contra qualquer de seus Sócios, Diretores e colaboradores?

Sim Não

Caso a resposta seja positiva, preencher as informações abaixo:

Data da Suposta Falha Profissional:

Descrição da suposta Falha Profissional:

Valor Reclamado:

Status da Reclamação:

16. O Proponente tem conhecimento de algum **procedimento administrativo** contra si ou contra qualquer de seus Sócios, Diretores e colaboradores?

Sim

Não

Caso a resposta seja positiva, preencher as informações abaixo:

Objeto do procedimento administrativo:

Data do início do procedimento:

Houve aplicação de penalidade? Qual?

Status do Procedimento Administrativo:

17. O Proponente tem conhecimento de algum fato que possa gerar uma **Reclamação por falha na prestação dos serviços profissionais** contra si ou contra qualquer de seus Sócios, Diretores e colaboradores?

Sim

Não

Caso a resposta seja positiva, preencher as informações abaixo:

Data da Suposta Falha Profissional:

Descrição da suposta Falha Profissional:

Valor dos possíveis danos:

18. Foi recusada alguma proposta para seguro semelhante feita pelo proponente?

Sim

Não

19. Limites máximo de indenização Solicitado:

Opção 01 - R\$

Opção 02 - R\$

Opção 03 - R\$

Favor anexar os Seguintes documentos:

-Relação de Filiais do Proponente (Razão Social, Endereço, CNPJ)

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Em caso de não aceitação, a Seguradora se obriga em proceder com a comunicação formal.

O preenchimento e envio deste questionário à Seguradora não indica necessariamente a aceitação do risco.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br por meio de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

O Proponente abaixo-assinado declara que todas as informações constantes do presente questionário são verdadeiras; e que possui poderes legais para assinar e representar a empresa neste documento.

O presente questionário não obriga o Proponente a contratar o seguro. Porém, fica acordado que, em caso de contratação, ele 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 nesse questionário, 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 pedido de esclarecimento relacionado a este questionário, na medida em que julgue necessário.

O questionário só é válido quando datado e assinado por representante legal do proponente e nestas condições, tem validade de 30 dias.

Nome e Cargo

Assinatura

Local e Data