

# Questionário de Declaração de Risco Responsabilidade Civil de Administradores (D&O)



1. Razão Social do Proponente:

2. Endereço:

3. CNPJ:

4. Ramo de Atividade:

5. Data de início das Atividades:

6. Endereço na internet (website):

7. Composição do Capital Social do Proponente (indicar participação de cada sócio):

8. Sociedades Controladas às quais a Cobertura deva ser estendida:

9. Relação dos Administradores da Proponente e/ou das Controladas:

10. Informar se, **nos últimos 05 anos**, ocorreram os fatos abaixo e caso positivo, forneça detalhes:

10.1. Mudança na Razão Social  SIM  NÃO

10.2. Mudança do Sócio majoritário  SIM  NÃO

10.3. Fusão, aquisição ou compra de participação em outra sociedade  SIM  NÃO

11. Informar se há expectativa, **para os próximos 12 meses**, quanto ao acontecimento dos fatos abaixo:

11.1. Pedido de Recuperação Judicial  SIM  NÃO

11.2. Fusão, aquisição, incorporação ou cisão  SIM  NÃO

11.3. Ingresso ou retirada de Sócios  SIM  NÃO

11.4. Abertura de Capital  SIM  NÃO

11.5. Redução de receita ou de lucro  SIM  NÃO

11.6. Alteração no quadro de Administradores  SIM  NÃO

12. Informar sobre a ocorrência, **nos últimos 05 anos**, dos eventos abaixo:

12.1. Pedido de Falência, Recuperação Judicial, Intervenção ou similar  SIM  NÃO

12.2. Venda ou interrupção de operação de alguma Subsidiária  SIM  NÃO

12.3. Demandas Judiciais ou Extrajudiciais, inclusive Inquéritos Administrativos, contra os Administradores atuais e/ou contra os Administradores de gestões anteriores  SIM  NÃO

13. Informar se há expectativa quanto à ocorrência de demanda judicial ou extrajudicial contra os Administradores, relacionada aos seus Atos de Gestão:  SIM  NÃO

14. A Proponente e/ou suas Sociedades Controladas já foram, ou atualmente são, contratantes do Seguro de Responsabilidade Civil de Administradores? Em caso positivo, favor indicar:

14.1. Nome da Seguradora  SIM  NÃO

14.2. Limite de Responsabilidade

14.3. Data de vencimento da Apólice ou, se aplicável, do cancelamento

14.4. Indenizações pagas

15. Já houve recusa por parte de alguma Seguradora para contratação ou renovação do Seguro de Responsabilidade Civil de Administradores?  SIM  NÃO

16. Informar sobre a existência de ativos no exterior, especificando a natureza e o local:

17. Com relação aos Empregados, informar:

17.1. Quantidade, separando por cidade/estado onde trabalham

17.2. Existe um manual de ética ou conduta para os empregados? Se sim, anexar cópia  SIM  NÃO

17.3. Foram feitas demissões coletivas nos últimos 12 meses? Se sim, informar quantidade, local e razão da demissão coletiva  SIM  NÃO

18. A Proponente, suas Controladas e/ou seus Administradores já foram demandados por empregados em razão de Responsabilidade por Práticas Trabalhistas? (Responsabilidade por Práticas Trabalhistas decorrem de ações e/ou omissões concernentes à relação de emprego, tais como dano moral, discriminação, calúnia, injúria, difamação, invasão de privacidade ou demissão ilegal):  SIM  NÃO

19. Informar em relação ao Proponente, a existência de Conselho Fiscal ou órgão de natureza similar

19.1. Caso positivo, informar o número de reuniões realizadas no último exercício:

  

20. Comentar aspectos que, devido às suas características, julguem ser de interesse da Seguradora para análise do Risco:

  

21. Limite de Garantia desejado:

R\$ 1.000.000,00  R\$ 3.000.000,00  R\$ 5.000.000,00  R\$ 10.000.000,00

Outros:

O Proponente, ao apor sua assinatura neste Questionário, declara que todas as informações aqui apresentadas são a expressão da verdade e que nenhum fato ou acontecimento que se relacione com a sua responsabilidade legal foi omitido. Declara, também, seu compromisso em informar, antes da finalização dos procedimentos para contratação da Apólice, quaisquer alterações nos dados e informações aqui expressas. Declara, ainda, estar ciente que a Cobertura da Apólice é à base de Reclamações com Notificação. Declara, por fim, sua concordância em que este Questionário sirva de base para a análise e aceitação do risco de sua empresa, para fixação do Prêmio da Apólice, e que, emitida a Apólice, este Questionário passe a integrá-la como se a ela pertencesse.

FAVOR ANEXAR OS SEGUINTE  
DOCUMENTOS:

1. Cópia dos dois últimos balanços anuais com todas as notas e anexos;
2. Cópia do Contrato Social e suas alterações;
3. Cópia do relatório anual de atividades, se existente.

\_\_\_\_\_  
Nome e cargo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Local e Data

Obs.: Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

**fator** seguradora

Av. Santo Amaro, 48 - 7º Andar - 04506-000  
Vila Nova Conceição - São Paulo - SP  
Tel: (11) 3709-3000 | SAC: 0800-77-07229  
Ouvidoria Fator: 0800-77-32867  
ou memorize: 0800-77-FATOR