

Questionário de Avaliação de Riscos  
Responsabilidade Civil Profissional – Riscos Veterinários

I - INFORMAÇÕES GERAIS

1. Proponente:

2. Endereço:

3. CNPJ:  4. Início das atividades:

5. Web site:

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

Último Exercício: R\$

Estimado próximo exercício: R\$

7. Assinale o(s) tipo(s) de atividade(s) prestada(s) pelo Proponente:

Clínica Veterinária  Creche  Centro de Diagnóstico

Hospital Veterinário  Hotel  Laboratório

Pet Shop  Pronto Socorro  Outros (Detalhar)

Outros:

8. Número total de funcionários:

Contratados  Terceirizados

9. Informar a quantidade de profissionais:

Veterinários  Estagiários  Técnicos

Vendedores  Auxiliares

10. Informar a quantidade de:

Consultas  Cirurgias  Tratamentos

Partos  Banho/Tosa  Exames

Animais sob custódia  Internações  Outros (detalhar)

11. O Proponente realiza atendimento 24 horas?

Sim

Não

12. O Proponente presta o serviço de traslado de animais?

Sim

Não

13. O Proponente realiza eventos para adoção de animais?

Sim

Não

### RECLAMAÇÕES

14. O Proponente tem conhecimento de algum **procedimento administrativo** contra si, sócios, diretores ou contra seus 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:

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

Sim

Não

**Caso a resposta seja positiva, preencher as informações abaixo:**

Data da Suposta Falha Profissional:

Descrição da suposta Falha Profissional:

Valor Reclamado:

Valor indenizado:

Custos de Defesa:

Status da Reclamação:

16. O Proponente tem conhecimento de algum fato que possa gerar uma **Reclamação por falha na prestação dos serviços profissionais** contra si, sócios, diretores ou contra seus 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:

**17. O Proponente tem ou teve apólice de seguro de Responsabilidade Civil Profissional?**

Sim

Não

**Caso a resposta seja positiva, preencher as informações abaixo:**

Seguradora:

Vigência:

Data Retroativa:

Limite:

Franquia e POS:

**18. O proponente teve recusa de alguma proposta de seguro de Responsabilidade Civil Profissional?**

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](http://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