

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS
RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL
CONTABILIDADE**

1. Proponente:

2. Endereço:

3. CNPJ

4. Início das atividades

5. Website

6. Informar número de profissionais Quantidade

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

Último exercício	R\$	
Estimado próximo exercício	R\$	
Último exercício E.U.A., Canadá e Inglaterra	R\$	
Estimado próximo exercício E.U.A., Canadá e Inglaterra	R\$	

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

Sim Não

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. O Proponente presta serviço de auditoria para instituições financeiras e/ou empresas de capital aberto?

- Sim Não

15. O Proponente faz revisão e recuperação fiscal e/ou tributária?

- Sim Não

16. O Proponente possui mais do que 50% do faturamento anual relacionado a indústria e comércio?

- Sim Não

17. Relacione os 3 principais contratos do proponente:

Cliente	Valor do Contrato	Serviços Prestados
	R\$	
	R\$	
	R\$	

18. 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:

19. 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:

20. 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:

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

Sim Não

22. Limites máximo de indenização solicitado:

Opção 1	R\$
---------	-----

Opção 2	R\$
---------	-----

Opção 3	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

--

Local e Data

--

Assinatura