

Ramos:

RCTR-C

RCF-DC

RCTA-C

Razão Social: CNPJ:
Endereço da Sede: Cidade: Estado:
Site: Email:
Contato: Telefones:

1) Descrever composição da frota:

% Própria % Agregada % Autônomo

2) Região geográfica dos embarques (caso haja diversidade, determinar proporcionalidade aproximada por origem e destino):

Origem	Destino	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3) Números e Valores dos Embarques .

Nº total de embarques por mês :

Valor máximo por veículo/viagem (R\$):

Valor médio por veículo/viagem (R\$):

4) Limite de Responsabilidade por Embarque pretendido - (R\$):

5) São utilizados depósitos? Caso positivo, indicar localização e sistemas de segurança.

Endereço da Sede: Cidade: Estado:

Sistemas de segurança:

Endereço da Sede: Cidade: Estado:

Sistemas de segurança:

6) É utilizado algum tipo de gerenciamento de risco ou medidas de segurança, como rastreamento por satélite, escolta armada, consulta sobre motoristas a cadastros especializados?

Caso positivo, descrever abaixo os procedimentos de Gerenciamento de Risco e qual empresa executa o plano de contingência. (Anexar PGR)

Empresa:

Procedimentos de Gerenciamento de Risco:

7) Valor total transportado nos últimos 6 meses (mês a mês):

Mês/Ano:	<input type="text"/>	Valor - R\$:	<input type="text"/>
Mês/Ano:	<input type="text"/>	Valor - R\$:	<input type="text"/>
Mês/Ano:	<input type="text"/>	Valor - R\$:	<input type="text"/>
Mês/Ano:	<input type="text"/>	Valor - R\$:	<input type="text"/>
Mês/Ano:	<input type="text"/>	Valor - R\$:	<input type="text"/>
Mês/Ano:	<input type="text"/>	Valor - R\$:	<input type="text"/>

8) Já contratou esse seguro anteriormente? Caso positivo, informar seguradora anterior e respectivos prêmios pagos:

Seguradora anterior Prêmios pagos (últimos 12 meses) RCTR-C: R\$

RCF-DC: R\$ RCTA-C: R\$

9) Informar os bens e/ou mercadorias transportadas regularmente, bem como os percentuais estimados. Caso não conste nas opções abaixo, descrever no item "outras".

MERCADORIA	%	DESCRIÇÃO
Alimentos Perecíveis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alimentos não perecíveis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bebidas em Geral	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Celulares (inclusive partes e peças)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Carga fracionada	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Combustível	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commodities	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eleto – Eletrônicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fumo / Tacabo e derivados	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Máquinas/Ferramentas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipamentos em Geral	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Produtos Químicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Produtos Cerâmicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Produtos Veterinários	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vestuário e seus acessórios	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vidros e suas obras	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OUTRAS / Especificar outros bens e/ou mercadorias não relacionadas no quadro anterior, distribuídas percentualmente em relação ao total.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10) Composição da mercadoria no veículo transportador:

% Carga fechada (indicar mercadorias)

% Carga fracionada

11) Detalhar os sinistros ocorridos nos últimos 6 meses, mesmo que nunca tenha contratado seguro anteriormente, mencionando:

Valor do embarque (R\$)	Valor dos prejuízos (R\$)	Causa do sinistro	Data da ocorrência	Local do sinistro

12) Favor incluir outras informações que julgar relevantes:

O preenchimento deste questionário não representa compromisso de aceitação do risco pela Seguradora.

As condições da proposta a ser apresentada, serão elaboradas com base nos dados fornecidos nesse questionário, preenchido pelo segurado, e que será parte integrante da apólice no caso de contratação do Seguro, portanto, a omissão de informações importantes como histórico de ocorrência de sinistros e perdas, proteções praticadas (escoltas, rastreamentos etc), bem como qualquer impropriedade das informações prestadas, tornará o seguro sem efeito, eximindo a Seguradora de toda e qualquer responsabilidade em caso de sinistro.

O proponente, ou seu representante legal abaixo assinado, declara assumir inteira responsabilidade pela exatidão de todas as informações prestadas e reconhece que qualquer reticência, declaração falsa ou errônea, poderá produzir a caducidade do seguro.

Local e Data:

Assinatura e Carimbo do Corretor:

Nome:



Assinatura e Carimbo do Proponente:

Nome:

