

O propósito desta proposta de seguro é conhecê-lo a si e à sua atividade. O seu preenchimento não vincula nenhuma das partes à contratação deste seguro.

Um seguro é um contrato de confiança entre duas partes. Tal significa que a informação que nos providenciar através do preenchimento desta proposta deverá ser completa, correta e não induzir em falsas interpretações. Também significa que deve informar-nos todos os factos e circunstâncias que são ou podem ser relevantes para a nossa análise do seu pedido de contratação deste seguro.

**Qualquer erro ou omissão da sua parte nas informações que nos transmitir concede-nos o direito de considerarmos este contrato inválido e procedermos ao seu cancelamento.**

Se aceitarmos a sua proposta e celebrarmos o contrato de seguro, fica entendido que esta proposta de seguro e todas as demais informações que você ou alguém em sua representação nos facultarem, quer por escrito, verbalmente ou de outra forma, formarão parte integrante do contrato de seguro.

**Informação Geral**

Corretor de seguros	<input type="text"/>
Tomador do Seguro	<input type="text"/>
NIF	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Página web	<input type="text"/>

**Nome e morada do(s)  
Segurado(s) / Segurados  
Adicionais****Atividade da empresa****Ano de início de  
atividade****Certificações**A sua empresa possui certificações de normas ISO, OHSAS ou similares? Sim  Não 

Em caso afirmativo, por favor indique quais:

**Valores de Faturação**

Por favor, indique o valor total da faturação da empresa nos seguintes anos:

Ano	Valor (Euros)
Penúltimo ano	
Último ano	
Estimativa para o ano corrente	
Estimativa para o próximo ano	

Alguns dos seus contratos ou clientes ou produtos representa mais de 25% da faturação? Sim  Não

Em caso afirmativo, por favor especifique:

Cliente	Atividade	Faturação

**Atividades desenvolvidas**

Por favor, proceda à divisão da faturação total da empresa no último ano pelas atividades desenvolvidas. A lista indicada não será considerada como definitiva, mas será importante indicar as principais atividades a incluir na cobertura do seguro, atuais ou num passado recente.

Atividade / Produto	Ano de início	Faturação (%)

Registou-se alguma alteração substancial à distribuição das atividades acima mencionadas desde o seu início e/ou antecipa alguma alteração significativa para os próximos 12 meses? Sim  Não

Em caso de resposta afirmativa, por favor, faculte detalhes adicionais:

--

**Distribuição Geográfica**

Por favor, indique a distribuição da faturação da sua empresa consoante o território de desenvolvimento de atividades ou venda de produtos:

Território	Atividade/Produto	Valor atual (%)
Portugal		
União Europeia		
EUA / Canadá		
Resto do mundo		

**I. Responsabilidade Civil Exploração**

**Massa Salarial**

Por favor, indique a distribuição dos trabalhadores da sua empresa consoante as seguintes categorias:

<b>Volume salarial anual total:</b>	
<b>Nº total de trabalhadores:</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Percentagem</b>
a)	
b)	
c)	
d)	

**Riscos associados**

Existem riscos potenciais, conhecidos ou involuntários associados aos seus produtos e atividades? Sim  Não

Em caso de resposta afirmativa, por favor faculte detalhes adicionais sobre os avisos prestados aos seus clientes e/ou utilizadores:

**Instalações e atividades**

Os edifícios/instalações são propriedade da empresa? Sim  Não

A sua empresa dispõe de licenciamento industrial de Tipo 1 ou 2? Sim  Não

Participa em exposições / feiras? Sim  Não

Possui instalações publicitárias? Sim  Não

Dispõe de cantinas, restaurantes ou outras instalações sociais? Sim  Não

São realizadas visitas às instalações da empresa? Sim  Não

Existem bens de terceiros sob guarda da empresa? Sim  Não

**Transportes e Equipamentos**

A sua empresa é responsável pelo transporte de Produtos ou mercadorias? Sim  Não

São efetuadas operações de carga/descarga? Sim  Não

Possui ou utiliza alguma aeronave ou pista de aterragem? Sim  Não

É responsável pelo abastecimento de quaisquer veículos? Sim  Não

A sua empresa possui ou utiliza alguns equipamentos com motor ou veículos não sujeitos a cobertura de seguro obrigatória? Sim  Não

Em caso de resposta afirmativa, por favor identifique-os:

**Gestão de Resíduos**

A sua empresa possui, controla ou é responsável por instalações ou espaços de gestão de resíduos? Sim  Não

Em caso de resposta afirmativa, por favor faculte detalhes adicionais sobre estes espaços/instalações:

Como e quando é feita a gestão de resíduos e/ou efluentes industriais na sua empresa?

## II. Responsabilidade Civil Produtos

O nosso objetivo é ficar a conhecer o melhor possível os produtos fabricados ou comercializados pela sua empresa. Se possível, por favor anexe a este questionário lista de produtos, brochura ou catálogo, etc,

### Produtos

Por favor descreva os Produtos da sua empresa e respetivas finalidades:

Alguns dos Produtos da empresa é incorporado, especialmente destinado ou fabricado para utilização em automóveis, aeronaves, embarcações ou em indústrias nucleares ou aeroespaciais? Sim  Não

### Fabrico

A sua empresa fabrica ou monta os Produtos completos? Sim  Não

Por favor descreva o processo de fabrico (incluindo fases de planificação e conceção, se aplicáveis)

### Produtos de terceiros

Alguns dos seus Produtos se destina à incorporação ou união com um produto de outros fabricantes? Sim  Não

Comercializa Produtos fabricados por terceiro? Sim  Não

Em caso de resposta afirmativa às questões acima por favor faculte detalhes adicionais sobre estes Produtos:

Fornecedor	País de origem	Produto / Componente / Processo de incorporação

Em caso de resposta afirmativa, por favor faculte detalhes adicionais:

Na sua empresa estão garantidos todos os direitos de regresso sobre vendedores, distribuidores e/ou fornecedores? Sim  Não

Como é avaliada na sua empresa a qualidade dos fornecedores escolhidos?

**Controlo de qualidade**

Existe um departamento de controlo de qualidade e/ou laboratório na empresa? Sim  Não

Em caso de resposta afirmativa, por favor especifique:

Em que fases de produção são realizados controlos internos de qualidade?

Sobre as matérias-primas recebidas? Sim  Não

Ao longo da linha de produção? Sim  Não

Sobre produtos finalizados? Sim  Não

São efetuadas auditorias anuais de qualidade por entidades externas? Sim  Não

Os produtos e/ou matérias-primas recebidas pela sua empresa são certificados e sujeitos a controlo de qualidade no fornecedor? Sim  Não

Existe um processo de quarentena? Sim  Não

A sua empresa efetua o embalamento dos produtos? Sim  Não

Em caso positivo, as embalagens contêm instruções sobre utilização, datas de validade ou especiais cuidados a adotar? Sim  Não

**Identificação de Produtos**

**Por favor, indique-nos se os Produtos dispõem de:**

Marca, logótipo, nome ou outra identificação de Empresa: Sim  Não

Número ou outra identificação específica da peça: Sim  Não

Número ou outro registo de lote e/ou data de fabrico: Sim  Não

Por quanto tempo são mantidos os registo do fabrico dos Produtos após a data de produção e/ou de testes?

A sua empresa efetua o embalamento dos produtos? Sim  Não

Em caso positivo, as embalagens contêm instruções sobre utilização, datas de validade ou cuidados específicos com o Produto? Sim  Não

Nos últimos 2 anos introduziu algum produto novo no mercado? Sim  Não

Qual é a percentagem de produtos com defeito encontrados nos processos de controlo de qualidade?

**Assistência**

Além da garantia legal de 2 anos, há alguma outra garantia providenciada com os seus Produtos? Sim  Não

A assistência técnica e/ou reparação dos Produtos está a cargo da sua empresa? Sim  Não

**III. Histórico de atividade e cobertura**

**Seguro anterior**

Tem em vigor ou já teve anteriormente um seguro de Responsabilidade Civil? Sim  Não

Em caso afirmativo, por favor indique:

Seguradora	Limite de indemnizaçã	Franquia	Prémio	Data de renovação	Anos em vigor

**Reclamações e circunstâncias**

**A seguinte secção é de preenchimento obrigatório, devendo assegurar-se que foram realizadas as oportunas averiguações antes de resposta às questões. Por favor consulte o seu Corretor/Mediador de Seguros em caso de dúvida.**

Em relação à sua atividade profissional e ao seu negócio, tem conhecimento, depois de realizadas as oportunas averiguações, de:

- a. Qualquer circunstância no seu trabalho que possa dar lugar a uma reclamação contra o Segurado, nomeadamente:
- i. um defeito ou problema no seu trabalho que seja conhecido e que não seja possível de solucionar: Sim  Não
  - ii. uma reclamação sobre o seu trabalho ou sobre qualquer serviço prestado ou produto fornecido que não possa ser imediatamente resolvido: Sim  Não
  - iii. um escalar no nível de reclamações e insatisfação num trabalho específico em curso: Sim  Não
  - iv. algum seu cliente recusar ou reter o pagamento como consequência de qualquer insatisfação: Sim  Não

Se respondeu afirmativamente a qualquer uma das questões anteriores, por favor apresente detalhes abaixo:

--

- b. Alguma vez foi apresentada alguma reclamação contra a empresa, incluindo ocorrências que pudessem ou não estar garantidas pela cobertura de Seguro? Sim  Não

Se "Sim", por favor apresente detalhes abaixo:

Ano	Montante Pago	Montante Estimado	Valor Total

- c. Alguma vez foi recusada por qualquer seguradora a apresentação de condições para seguro de responsabilidade civil, ou alguma vez foi rescindido ou cancelado seguro semelhante ou foram impostos termos e condições especiais? Sim  Não

Se "Sim", por favor, faculte detalhes adicionais:

Data	Detalhes

- d. Há alguma outra circunstância ou facto que possa afetar a análise do risco a segurar? Sim  Não



**IV. Cobertura Solicitada**

Opções de limites de indemnização			
	Resp. Civil Exploração	Poluição Súbita e Acidental	Resp. Civil Produtos
<b>Opção A</b>			
Limite Agregado por Anuidade			
Limite por Sinistro			
<b>Opção B</b>			
Limite Agregado por Anuidade			
Limite por Sinistro			

Opções de Franquias			
	Resp. Civil Exploração	Poluição Súbita e Acidental	Resp. Civil Produtos
<b>Opção A</b>			
<b>Opção B</b>			
<b>C. Poluição Súbita e Acidental</b>			
<b>D. Resp. Civil Produtos</b>			

Há algum risco em particular que gostaria de ter garantido nesta apólice?

**Tratamento de dados pessoais – Política de privacidade Innovarisk**

Os dados pessoais recolhidos serão processados e armazenados informaticamente pela **Innovarisk**, atuando na sua condição de entidade encarregada do processamento da informação, que tratará os seus dados em nome e por conta do Segurador, e unicamente para os fins estabelecidos por este.

Quaisquer omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da sua inteira responsabilidade.

Os dados podem ser utilizados para divulgação da nossa atividade e dos nossos produtos, sendo que, quanto a este caso, você nos tenha que autorizar expressamente.

**Assinale por favor aqui caso pretenda autorizar.**

O consentimento poderá a qualquer momento ser revogado mediante informação direta à Innovarisk.

**Tratamento de dados pessoais – Política de privacidade Lloyd's**

**A sua informação pessoal**

Nós, Lloyd's Insurance Company S.A. e os outros participantes do Mercado Segurador, precisamos do seu consentimento para usar dados sensíveis sobre si, aqueles que estarão relacionados com a sua cobertura de seguro.

Não terá de nos dar o seu consentimento e dando-o poderá posteriormente retirá-lo a qualquer altura, enviando um email para [data.protection@lloyds.com](mailto:data.protection@lloyds.com) (sem no entanto afetar todas as ações de processamento baseadas num consentimento prévio à retirada). Cumpre referir que se não nos der o seu consentimento, ou retirar o seu consentimento, isso poderá afetar a possibilidade de acionar a cobertura da apólice da qual é beneficiário e poderá impedir a provisão de cobertura para si ou para a gestão dos seus sinistros.

**Dá-nos o seu consentimento?**

Sim  Não

**Dados de outras pessoas que nos são fornecidos**

Quando nos envia dados sobre outras pessoas, nós e o resto do mercado segurador também precisamos do consentimento do titular desses dados, sempre que se relacionem com a apólice. Temos de garantir que você obteve o consentimento dessas pessoas antes de nos enviar os dados pessoais das mesmas.

**Obteve o consentimento de cada uma das pessoas cuja informação necessitará de nos transmitir por estarem relacionados com a cobertura da apólice para que a possamos utilizar?**

Sim  Não

### Declaração

Por favor, leia cuidadosamente as informações que se seguem e assine no final.

A cobertura do risco só terá início após confirmação formal por parte do Segurador.

Tenha em conta que esta apólice funciona por ano e seguintes, que terá validade até que qualquer das partes a denuncie de acordo com o previsto nas Condições Gerais e Especiais ou por falta de pagamento de qualquer prémio por Si devido.

**Declaração inicial do risco** Você declara que (a) este formulário foi preenchido após realização das averiguações apropriadas; (b) os seus conteúdos são verdadeiros e exatos e (c) todos os eventos e circunstâncias que possam ser relevantes para a consideração da nossa proposta de seguro foram comunicados. Se qualquer informação prestada neste questionário, ou anexos, sofrer alterações antes da data de início da apólice para a qual este questionário se realizou, ou tiver conhecimento de novos factos ou circunstâncias que possam afetar a cobertura de seguro, você deverá notificar a Innovarisk, podendo a Seguradora modificar ou retirar a cobertura de seguro.

Você concorda que este formulário e toda a informação por si facultada seja incorporada no contrato de seguro e farão parte integrante do mesmo.

#### Informação pré-contratual

O Segurado reconhece expressamente que recebeu as Condições Gerais e Especiais, e que leu, examinou e compreendeu o conteúdo e o alcance de todas as cláusulas contidas nessas mesmas Condições. Por último, o Segurado reconhece expressamente ter recebido a informação relativa à legislação aplicável ao contrato de seguro, às diferentes instâncias de reclamação, bem como à identificação e ao estatuto legal do Segurador e do respetivo representante.

Assinatura do Presidente, Diretor Geral ou equivalente

Data

**Deverá ficar com uma cópia desta proposta em seu poder, para seu registo.**