

Produto : ZDCOM – Construção
 ZDCOM – Montagem NOVO ALTERAÇÃO
 ZDOCT – Obras Cívicas Terminadas

Cód. Prot.	N.º Cotação	D. Com.	EC	Data da Aprovação	Visto	N.º APÓLICE

Nota: As zonas sombreadas são para preenchimento da Tranquilidade. — Preencha os espaços em letra de imprensa. — Assinalar com um "X" os casos aplicáveis.

Se já é Cliente da TRANQUILIDADE, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente	N.º Apólice	Matrícula

TOMADOR DO SEGURO : – Dados Obrigatórios

Nome											
Títul/Sigla								Nacionalidade			
Morada											
N.º	Andar	Cx. Postal	Cidade								
Província						Município					
N.º Contribuinte						Tipo Cliente: Individual <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/>					
Cliente Individual : Data Nascimento				Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>							
Cliente Colectivo : CAE Descrição :											
N.º Empregados: 1 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 9 <input type="checkbox"/> 10 a 19 <input type="checkbox"/> 20 a 49 <input type="checkbox"/> 50 a 199 <input type="checkbox"/> + de 200 <input type="checkbox"/>											

– Contactos

Telefone:	Telemóvel:	Fax:	E-mail :
Contacto Preferencial : Agente <input type="checkbox"/> Corráio <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Telemóvel <input type="checkbox"/> Período Preferencial : Semana <input type="checkbox"/> Fim de Semana <input type="checkbox"/> Hora : 9 / 18 <input type="checkbox"/> 18 / 21 <input type="checkbox"/>			
Nome de Contacto			

– Dados Complementares

Cliente Individual :	B.I.	Passaporte
Carta de Condução N.º		Tipo
Estado Civil: Casado <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Vívuo <input type="checkbox"/>		N.º Filhos
Situação Profissional :	Quadro Superior <input type="checkbox"/> Técnico / Profissional de Nível Médio <input type="checkbox"/> Técnico Especializado <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Pessoal de Serviços / Vendedor <input type="checkbox"/> Operário e Similar <input type="checkbox"/>	Doméstica <input type="checkbox"/> Não Activo (Estudante, Reformado, Desempregado) <input type="checkbox"/> Outra, qual ?
Sector de Actividade:	Agricultura / Pescas <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Construção <input type="checkbox"/> Transportes / Comunicações e Energia <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Banca / Seguros <input type="checkbox"/> Hoteleria e Restauração <input type="checkbox"/> Adm. Pública <input type="checkbox"/>	Educação, Saúde e Acção Social <input type="checkbox"/> Outros Serviços <input type="checkbox"/> Outro, qual ?
Habilitações Literárias:	Ensino Básico (até 9.º ano) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (até 12º ano) <input type="checkbox"/> Bacharelato / Licenciatura <input type="checkbox"/> Pós-Graduação / Mestrado / Doutoramento <input type="checkbox"/>	
Cliente Colectivo :	Forma Jurídica: Emp. Nome Individual <input type="checkbox"/> Soc. Unipessoal <input type="checkbox"/> Soc. por Quotas <input type="checkbox"/> Soc. Anónima <input type="checkbox"/> Outra, qual ?	
Ano de Início de Actividade :		

INÍCIO DO SEGURO	DURAÇÃO DO SEGURO	CONSTRUÇÃO / MONTAGEM	PRÉ-MONTAGEM	PERIOD. PAG.
Data	Temporário <input checked="" type="checkbox"/>	Início	(Só Montagem)	Única <input type="checkbox"/>
Hora	Fim	Fim	_____ Meses	

O risco que pretende garantir está ou esteve seguro em qualquer outro Segurador? Sim Não
 Em caso afirmativo, a garantia dos referidos riscos foi suspensa ou anulada por falta de pagamento de prémios? Sim Não

N.º Apólice _____ A que taxa? _____ Porque cessou o seguro? _____

MODALIDADE DE PAGAMENTO

Aviso para a morada acima indicada.
 Se pretende envio do aviso para outra morada indique a mesma a seguir : _____

QUALIDADE EM QUE EFECTUA O SEGURO

Proprietário | | Empreiteiro | | Subempreiteiro | | Outra* | |

*Indique a qualidade

CO-SEGURO

Pagamento total de sinistro ? Sim Não Mediator comum? Sim Não T. G.: _____ %
 Cód. Congénera Nome Apóice Congénera %
 Líder _____
 Não Líder _____
 Não Líder _____
 Não Líder _____

LOCAL DO RISCO (Juntar Planta)

COBERTURAS

DESCRIÇÃO	CAPITAL L SEGUR O	TAXA ‰	FRANQUIA(S)	
			%	MÍNIMA MÁXIMA / FIXA
COBERTURA BASE Obra/Montagem – Cód. Estatístico: _____ Valor do Estaleiro _____				
COBERTURAS ADICIONAIS FACULTATIVAS CONSTRUÇÃO/ MONTAGEM				
<input type="checkbox"/> Actos de Vandalismo				
<input type="checkbox"/> Consequências de Erro de Projecto				
<input type="checkbox"/> Danos à Propriedade Adjacente Pertencente ao Dono da Obra				
<input type="checkbox"/> Demolição e Remoção de Escombros				
<input type="checkbox"/> Encargos com Fretes Aéreos				
<input type="checkbox"/> Encargos por Horas Extraordinárias e Transportes em Via Rápida				
<input type="checkbox"/> Maquinaria / Equipamentos Auxiliares de Construção – Cód. Estatístico : _____				
<input type="checkbox"/> Fenómenos Sísmicos	Capital da cobertura base			
<input type="checkbox"/> Actos de Grevistas				
<input type="checkbox"/> Honorários de Especialistas				
<input type="checkbox"/> Manutenção Simples Período de _____ meses	Capital da cobertura base			
<input type="checkbox"/> Manutenção Completa Período de _____ meses	Capital da cobertura base			
<input type="checkbox"/> Responsabilidade Civil				
Responsabilidade Civil Cruzada				
<input type="checkbox"/> SÓ CONSTRUÇÃO				
Utilização de Explosivos				
<input type="checkbox"/> SÓ MONTAGEM				
Ensaios A Frio: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____	Capital da cobertura base			
<input type="checkbox"/> A Quente de ____ / ____ / ____ : ____ / ____ / ____				
<input type="checkbox"/> a				
Garantia	Capital da cobertura base			
Risco do Fabricante				

										N.º Cliente									
Nome																			
										Título / Sigla					Nacionalidade				
Morada																			
N.º		Andar			Cx. Postal			Cidade											
Provincia					Município														
N.º Contribuinte					Data Nascimento					Sexo: M F									
B.I.					Tipo de Cliente:					Individual Empresa									
Telefone:					Telemóvel:					Fax:					E-mail:				
N.º Contrato Locação / Crédito:					Com termo em:														

DESCRIPTIVO DA COBERTURA BASE

DANOS CAUSADOS AOS BENS SEGUROS POR :

- Incêndio, Queda de Raio e Explosão
- Inundações e Alagamentos
- Tempestades, Temporais, Furacões e Cidões
- Desmoronamento de Terras, Desprendimento de Rochas e Aluimentos
- Furtos ou Roubo
- Consequências de Mão-de-Obra Inadequada
- Consequências de Material Defeituoso
- Choque ou Impacto de Veículos Terrestres
- Queda de Aeronaves

QUESTIONÁRIO DE RESPOSTA OBRIGATÓRIA

SITUAÇÃO, CARACTERÍSTICAS E DESCRIÇÃO

CONSTRUÇÃO / OBRA CIVIL TERMINADA

Descrição Exacta da Obra (indicando o comprimento, altura, profundidade, n.º de pisos, tipo e profundidade das fundações, qual o tipo de estrutura e quais os métodos de construção aplicados) _____

Características do Local dos Trabalhos (Natureza dos terrenos, níveis freáticos, proximidade do mar, rios, exposição a intempéries, etc.) _____

DOCUMENTAÇÃO A JUNTAR (todos os elementos e documentação fornecidos serão tratados como rigorosamente confidenciais):

- Contrato de Empreitada/ Caderno de Encargos ou Memória Descritiva.
- Projectos (elementos essenciais).
- Programa de execução dos trabalhos.
- Outros elementos que julgue necessários para apreciação do seguro.
- Orçamento detalhado.

MONTAGEM

Descreva os Bens a Montar tendo em atenção o seguinte :

- Se existirem equipamentos usados a montar, identifique-os.
- Se se tratar de máquinas, indique as suas principais características, tais como: nome do fabricante, o n.º de fabrico, o tipo, as dimensões, a capacidade, o peso, a pressão, a temperatura, o número de rotações por minuto.
- Se se tratar de uma instalação completa, refira os sectores que a compõem (fabrico, produção de energia, etc.) e indique a natureza dos trabalhos de construção civil que devem eventualmente ser executados.

QUESTIONÁRIO DE RESPOSTA OBRIGATÓRIA

MONTAGEM (continuação)

Indique qual o valor dos trabalhos de construção civil na empreitada global de Montagem: _____

Os projectos, desenhos e materiais já foram postos à prova em instalações precedentes? Sim Não

Trata-se de ampliação de uma fábrica em actividade? Sim Não

Em caso afirmativo, a fábrica continuará em actividade durante o período de montagem? Sim Não

Os trabalhos de construção civil encontram-se terminados? Sim Não

Fundações. Qual o nível da escavação mais profunda? _____

DOCUMENTAÇÃO A JUNTAR (todos os elementos e documentação fornecidos serão tratados como rigorosamente confidenciais) :

- Plantas da situação topográfica do local da montagem e da localização das instalações dentro da área total.
- Plano das instalações considerando a implantação das máquinas nos diversos sectores fabris.
- Planificação da montagem que contenha o valor e a estimativa de duração da montagem de cada sector das instalações, separadamente.
- Mapas e/ou gráficos mencionando as condições meteorológicas e geológicas.
- Contrato de Empreitada/ Caderno de Encargos ou Memória Descritiva.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONSTRUÇÃO / MONTAGEM / OBRA CIVIL TERMINADA

Existe contiguidade perigosa? Sim Não Por explosão? Sim Não Por incêndio? Não Sim

descreva-a: _____

Sensibilidade sísmica da região: _____

Natureza do subsolo: Rocha Cascalho Areia Terra Argilosa Aterro Outra

Existem falhas geológicas nas proximidades? Sim Não

Os cálculos estruturais baseiam-se nas normas anti-sísmicas vigentes? Sim Não

Já se registaram terremotos na área de construção? Sim Não Indique qual a intensidade _____

Condições meteorológicas: Estação das chuvas de _____ a _____

Risco de Tempestade: Fraco Médio Elevado

Existência de águas subterâneas e a que profundidade: _____

Exposição a cheias e inundações: _____

Nome e distância do rio, lago ou mar mais próximo: _____

Respectivos níveis: Nível mais baixo _____ Nível médio _____ Nível máximo registado _____

A que altitude se encontra o local do estaleiro? _____

Existem propriedades de terceiros que possam ser afectadas pelos trabalhos que se pretendem segurar? Não Sim

Quais e a que distância, respectivamente _____

OUTRAS INFORMAÇÕES

CONSTRUÇÃO / MONTAGEM

RESPONSÁVEL PELO PROJECTO	Nome: _____
	Morada: _____
EMPREENHEIRO e/ ou CONSULTOR	Nome: _____
	Morada: _____

Experiência em trabalhos similares _____

SUBEMPREENHEIROS (se os houver) – Nomes, Moradas, trabalhos que executem e respectivos valores. Indicar se os mesmos ficam abrangidos pelo seguro e nesse caso incluir o valor das subempreitadas no montante a segurar _____
