

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL RISCOS EMPRESARIAIS

TRANQUILIDADE

Produto: ZDREM

NOVO

ALTERAÇÃO

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

- Contactos

Telefone:	Telémovel:	Fax:	E-mail:
Contacto Preferencial: Agente	Correio	E-mail	Fax
Telefone	Telemóvel	Período Preferencial: Semana	Fim de Semana
		Hora: 9/18	18/21
Nome de Contacto			

- Dados Complementares

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

INÍCIO DO SEGURO	DURAÇÃO DO SEGURO	PERIODICIDADE DE PAGAMENTO
Data	Um Ano e Seguintes	↔ Anual
Hora	Temporário	↔ Semestral
	Dias	↔ Trimestral
	ou Data Fim	↔ Única

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

MODALIDADE DE PAGAMENTO

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

CAPITAL SEGURO

Capital Seguro: \$ _____ por Sinistro e Anuidade

Nota: O valor acima indicado aplica-se para o conjunto das coberturas subscritas pelo Segurado, sendo este o valor máximo pelo qual a Tranquilidade responde ao abrigo da Apólice, independentemente do número de sinistros ocorridos ou coberturas afectadas. Em relação a cada uma das coberturas subscritas, o Segurado/Tranquilidade poderão definir sub-limites de indemnização específicos.

COBERTURAS (Assinale os riscos que pretende subscrever)

EXPLORAÇÃO

Responsabilidade Civil Exploração Sub-limite Indemnização _____
 Outra: _____ Sub-limite Indemnização _____

PRODUTOS

Responsabilidade Civil Produtos - Cobertura Base Sub-limite Indemnização _____
 Outros: _____
 _____ Sub-limite Indemnização _____
 _____ Sub-limite Indemnização _____

POLUIÇÃO

Responsabilidade Civil Poluição Súbita Acidental Sub-limite Indemnização _____

EXTENSÃO DE COBERTURA (Assinale as extensões de cobertura que pretende subscrever)

EXPLORAÇÃO

Garantia dos Bens de Terceiros confiados ao Segurado
 Garantia dos Danos Após Trabalhos Período Garantido _____
 Extensão Territorial País(es) Abrangido(s): _____
 Outras: _____

PRÉMIO COMERCIAL PROVISIONAL

TAXA DE AJUSTE APLICÁVEL

QUESTIONÁRIO DE RISCO

A presente Proposta deverá ser sempre acompanhada do Questionário de Avaliação "Riscos Empresariais" devidamente preenchido e assinado pelo Tomador do Seguro, o qual fará parte integrante da mesma.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS (Preenchimento Obrigatório)

VOLUME FACTURAÇÃO (Salários)

	NO ANO EM CURSO	ÚLTIMO ANO
Volume de Facturação	\$ _____	\$ _____
Salários	\$ _____	\$ _____

NOTA: Estas informações deverão ser comunicadas no final de cada ano à Tranquilidade.

Número Total de Empregados: _____ Com Serviço Externo: _____

Obs: _____

ANTECEDENTES DO RISCO

Indique as Reclamações ocorridas nos últimos cinco anos, ainda que as mesmas não tenham dado origem ao pagamento de qualquer indemnização.

ANO	CAUSAS DO SINISTRO	Nº DE RECLAMAÇÕES	VALORES PAGOS

