

## QUESTIONÁRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE CONSELHEIROS E DIRETORES

1. Razão Social do Proponente e CNPJ:

2. Endereço:

3. CNPJ:

4. Ramo de Atividade:

5. Data de início das Atividades:

6. Composição do Capital Social do Proponente (indicar participação de cada sócio)

7. Sociedades Controladas às quais a Cobertura deva ser estendida:

---

8. Relação dos Administradores da Proponente e/ou das Controladas (Identificar)

---

### IMPORTANTE

- As questões de 09 a 16 referem-se à Proponente e às suas Sociedades Controladas;
- Responder às questões com SIM ou NÃO; em caso de resposta afirmativa, favor fornecer informações detalhadas.

9. Informar se, nos últimos 05 anos, ocorreram os fatos abaixo

9.1. Mudança na Razão Social:  Sim  Não

---

9.2. Mudança do Sócio majoritário:  Sim  Não

---

9.3. Fusão, aquisição ou compra de participação em outra Sociedade:  Sim  Não

---

10. Informar se há expectativa, para os próximos 12 meses, quanto ao acontecimento dos fatos abaixo:

- 10.1. Pedido de Falência, Concordata, Intervenção ou procedimento similar:  Sim  Não
- 10.2. Fusão, aquisição, incorporação ou cisão:  Sim  Não
- 10.3. Ingresso ou retirada de Sócios:  Sim  Não
- 10.4. Abertura de Capital:  Sim  Não
- 10.5. Redução de receita ou de lucro:  Sim  Não
- 10.6. Alteração no quadro de Administradores:  Sim  Não
11. Informar sobre a ocorrência, nos últimos 05 anos, dos eventos abaixo:
- 11.1. Pedido de Falência, Concordata, Intervenção ou procedimento similar:  Sim  Não
- 11.2. Demandas Judiciais ou Extrajudiciais, inclusive Inquéritos Administrativos, contra os Administradores atuais e/ou contra os Administradores de gestões anteriores:  Sim  Não
12. Informar se há expectativa quanto à ocorrência de demanda judicial ou extrajudicial contra os Administradores, relacionada aos seus Atos de Gestão:  Sim  Não
13. A Proponente e/ou suas Sociedades Controladas já foram, ou atualmente são, contratantes do Seguro de Responsabilidade Civil de Administradores? Em caso positivo, favor indicar
- 13.1. Nome da Seguradora:  Sim  Não  
\_\_\_\_\_
- 13.2. Limite de Responsabilidade:  
\_\_\_\_\_
- 13.3. Data de vencimento da Apólice ou, se aplicável, do cancelamento:  
\_\_\_\_\_
- 13.4. Indenizações pagas:  
\_\_\_\_\_
14. Já houve recusa por parte de alguma Seguradora para contratação ou renovação do Seguro de Responsabilidade Civil de Administradores?  Sim  Não
15. Informar sobre a existência de ativos no exterior. Especificando a natureza e o local:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Com relação aos Empregados, informar:

16.1. Quantidade, separando por cidade/estado onde trabalham:

---

---

16.2. Existe um manual de ética ou conduta para os empregados?  Sim  Não  
16.2.1. Caso positivo, anexar cópia.

16.3. Foram feitas demissões coletivas nos últimos 12 meses?  Sim  Não  
16.3.1. Caso positivo, informar quantidade, local e razão da demissão coletiva:

---

17. A Proponente, suas Controladas e/ou seus Administradores já foram demandados por empregados em razão de Responsabilidade por Práticas Trabalhistas? (Responsabilidade por Práticas Trabalhistas decorrem de ações e/ou omissões concernentes à relação de emprego, tais como dano moral, discriminação, calúnia, injúria, difamação, invasão de privacidade ou demissão ilegal):  Sim  Não

18. Informar em relação ao Proponente, a existência de Conselho Fiscal ou órgão de natureza similar  
18.1.1. Caso positivo, informar o número de reuniões realizadas no último exercício:

---

---

19. Comentar aspectos que, devido às suas características, julguem ser de interesse da Seguradora para análise do Risco:

---

---

---

---

20. Limite de Garantia desejado:

- R\$ 1.000.000,00     R\$ 2.000.000,00     R\$ 3.000.000,00     R\$ 4.000.000,00  
 R\$ 5.000.000,00     R\$ 10.000.000,00     R\$ 15.000.000,00     R\$ 20.000.000,00  
 Outros: \_\_\_\_\_
- 

O Proponente, ao apor sua assinatura neste Questionário, declara que todas as informações aqui apresentadas são a expressão da verdade e que nenhum fato ou acontecimento que se relacione com a sua responsabilidade legal foi omitido. Declara, também, seu compromisso em informar, antes da finalização dos procedimentos para contratação da Apólice,

quaisquer alterações nos dados e informações aqui expressas. Declara, ainda, estar ciente que a Cobertura da Apólice é à base de Reclamações com Notificação. Declara, por fim, sua concordância em que este Questionário sirva de base para a análise e aceitação do risco de sua empresa, para fixação do Prêmio da Apólice, e que, emitida a Apólice, este Questionário passe a integrá-la como se a ela pertencesse.

Nome e Cargo

Assinatura

Local, XX de mês de ano  
Local e Data

**FAVOR ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS**

1. Cópia dos dois últimos balanços anuais com todas as notas e anexos;
2. Cópia do Contrato Social e suas alterações;
3. Cópia do relatório anual de atividades, se existente.