

O objetivo deste questionário é analisar as atividades profissionais desenvolvidas pelo segurado. É importante preencher todos os campos pertinentes a sua empresa; caso contrário, registrar que o questionamento é "não aplicável" à sua companhia.

Seguro de Responsabilidade Civil Profissional
Advogados

1 – Informações Gerais

- a) Nome da Sociedade:
- b) CNPJ:
- c) Nº. e secção de Registro na OAB:
- d) Endereço:
- e) Telefone e e-mail:
- f) Site:
- g) Data de Início das atividades:

2 – Informações Profissionais

- a) Durante os últimos cinco anos foi alterada a razão social do Proponente, ou efetuada qualquer incorporação, compra de, ou fusão com outra sociedade? Caso positivo, informar detalhes:
- b) Informar o número total de empregados do Proponente (matriz+filiais), discriminando:
 - (i) Sócios:
 - (ii) Advogados:
 - (iii) Estagiários:
 - (iv) Demais Profissionais:
 - (v) Escritórios correspondentes
 - (vi)



c) Informar o Faturamento bruto (matriz+filiais):

(i) referente aos últimos doze meses: R\$

(ii) estimado para os próximos doze meses: R\$

d) Favor indicar os percentuais aproximados referentes à atuação da Sociedade nas áreas abaixo, proporcionalmente aos valores apresentados no item d):

Civil	_____%	Criminal	_____%
Direito Internacional	_____%	Trabalhista	_____%
Propriedade Industrial	_____%	Tributária	_____%
Fusões e Aquisições	_____%	Societário	_____%
Bancário Financeiro	_____%	Previdenciário	_____%
Direito Empresarial	_____%	Outros (especificar)	_____%

Total 100%

e) O escritório trabalha com advocacia de massa? Em caso afirmativo, qual o percentual em relação às demais atividades?

3 – Controle de Prazo dos Serviços Profissionais

a) O Sistema de controle de datas e prazos dos serviços é feito através de:

Sistema Eletrônico Sistema Manual Outros: _____

b) Os Advogados são responsáveis por tal controle?

Sim Não

c) Há duplo controle de prazo dos serviços prestados?

Sim Não

4 – Informar detalhes sobre seguros de Responsabilidade Civil Profissional contratados durante os últimos dois anos:



- Seguradora:
- Vigência:
- Limites Segurados:
- Franquia:
- Prêmio Líquido:
- Data retroativa de ocorrência:

a) Foi recusada alguma proposta para seguro semelhante feita pelo proponente, pelos atuais sócios ou por seus predecessores no negócio? Em caso afirmativo, informar detalhes.

Sim Não

5 - Proponente tem conhecimento de alguma reclamação de responsabilidade civil profissional contra si ou contra qualquer de seus Sócios, Advogados Empregados, ou Advogados Associados mesmo enquanto pertencendo a outra empresa, ou ainda, tem conhecimento se algum deles foi advertido, ou teve sua inscrição recusada, ou foi suspenso, ou sujeito a penas disciplinares pela OAB ou por outro órgão de habilitação profissional? Se positivo, favor prestar informações sintéticas.

6 - O Proponente ou qualquer de seus Sócios, Advogados Empregados, ou Advogados Associados tem conhecimento de algum fato ou circunstância que possa gerar reclamação de terceiros? Caso afirmativo, fornecer detalhes.

7 – Limite Máximo de Garantia pretendido(s)?

R\$ 100.000,00 R\$ 200.000,00 R\$ 500.000,00
R\$ 1.000.000,00 R\$ 3.000.000,00 Outros: R\$ _____

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 e Data

