

## RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL CONTADOR

**CORRETOR:**

### 1. INFORMAÇÕES GERAIS:

Nome da Sociedade

CNPJ/CPF

Endereço

Número

Bairro

Cidade / UF

Data de Início de Atividades

Nº de Secção de Registro da OAB

E-mail

Site

Telefone

### 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+filial), discriminando:

Sócios:

Advogados:

Estagiários:

Demais profissionais:

c) Informar o faturamento bruto (matriz + filial) referente aos últimos doze meses:

d) Com relação às atividades prestadas, qual o percentual em relação às atividades:

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

Pessoas Físicas     Pessoas Jurídicas     Empresas com capital aberto  
 Consultoria     Outros

### 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 Contadores 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. O Proponente tem conhecimento de alguma reclamação de responsabilidade civil profissional contra si ou contra qualquer de seus Sócios, Empregados, ou 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 pelo órgão de habilitação profissional? Se positivo, favor prestar informações sintéticas.

Sim     Não

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

Sim     Não

**7. Limite Máximo de Garantia pretendido(s)?**

R\$ 100.000,00     R\$ 200.000,00     R\$ 300.000,00

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 do Cargo**

---

**Assinatura**

**Local e Data**