

## QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DE ACEITAÇÃO DE SEGUROS DE RESPONSABILIDADE CIVIL DO TRANSPORTADOR DE CARGA

FAVOR TRANSMITIR ESTE FORMULÁRIO, DEVIDAMENTE PREENCHIDO PARA O E-MAIL: [transportes.aceitacao@portoseguro.com.br](mailto:transportes.aceitacao@portoseguro.com.br) OU FAX (011) 3366-3380 OPÇÃO 5 FAX (011) 3366 3380 OPÇÃO 5.

### DADOS DO CORRETOR

CORRETOR			SUSEP
E-MAIL	CONTATO	(DDD) FONE	(DDD) FAX

### DADOS DO PROPONENTE

RAZÃO SOCIAL		C.N.P.J.	
ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA			
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO
CIDADE	U.F.	CEP	(DDD) TELEFONE
		E-MAIL	

### DADOS DO SEGURO

Seguro desejado

RCTR-C E RCF-DC  
  RCF-DC(Somente se já possuir seguro RCTR-C nesta seguradora)  
  RCTR-VI(Danos a carga transportada)  
  RCTR-C  
  RCTAC

Cláusula Adicional de Assistência a Carga (exclusivo para o seguro de RCTR-C)

Básica  
  Completa  
 Limite pretendido para esta cláusula: R\$ \_\_\_\_\_

Durante os últimos 5 anos, foi alterada sua denominação social, efetuada qualquer incorporação, compra ou fusão com outra empresa?

Não  
  Sim, detalhe: \_\_\_\_\_

Frota própria	Quantidade de veículos	Frota agregada	Quantidade de motoristas agregados	Fretistas autônomos	Quantidade de fretistas autônomos
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

Tipo da logística

Distribuição  
  Ponto a ponto

Segurança patrimonial

Humana  
  Eletrônica

Tipos de mercadorias transportadas

<input type="checkbox"/> % Açúcar	<input type="checkbox"/> % Cigarros	<input type="checkbox"/> % Óleos comestíveis
<input type="checkbox"/> % Algodão	<input type="checkbox"/> % Cobre bruto ou em outras formas	<input type="checkbox"/> % Óleos lubrificantes
<input type="checkbox"/> % Alumínio bruto ou em outras formas	<input type="checkbox"/> % Confecção e tecidos	<input type="checkbox"/> % Pneus ou câmaras de ar
<input type="checkbox"/> % Autopeças	<input type="checkbox"/> % Compact disc - CD	<input type="checkbox"/> % Polietileno ou polipropileno
<input type="checkbox"/> % Bebidas destiladas	<input type="checkbox"/> % Combustíveis	<input type="checkbox"/> % Produtos alimentícios
<input type="checkbox"/> % Bicycletas	<input type="checkbox"/> % Cosméticos	<input type="checkbox"/> % Produtos elétricos
<input type="checkbox"/> % Brinquedos	<input type="checkbox"/> % Defensivos agrícolas	<input type="checkbox"/> % Produtos eletrônicos
<input type="checkbox"/> % Café	<input type="checkbox"/> % Eletrodomésticos	<input type="checkbox"/> % Produtos Frigorificados
<input type="checkbox"/> % Calçados	<input type="checkbox"/> % Fios e cabos de alumínio e cobre	<input type="checkbox"/> % Produtos higiene e limpeza
<input type="checkbox"/> % Carnes 'in natura' ou charque	<input type="checkbox"/> % Fraldas descartáveis	<input type="checkbox"/> % Tintas
<input type="checkbox"/> % Cervejas	<input type="checkbox"/> % Leite em pó ou condensado	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> % Aparelhos de telefones celulares ou acessórios		_____
<input type="checkbox"/> % Equipamentos de informática/componentes		_____
<input type="checkbox"/> % Produtos Químicos p/ fabricação de medicamentos		_____
<input type="checkbox"/> % Máquinas agrícolas pesadas ou tratores		
<input type="checkbox"/> % Medicamentos uso humano ou uso veterinário		

Maior valor transportado no mesmo veículo	Valor médio embarcado no mesmo veículo	Limite de responsabilidade de desejado
Número médio de embarques mensais	Rotas de maior frequência	

Realiza tráfego mútuo com outras transportadoras

Não  
  Sim. Relacione o nome das transportadoras: \_\_\_\_\_

Informar se transporta exclusivamente para determinadas empresas

Não  
  Sim. Relacione o nome das empresas: \_\_\_\_\_

Tipo de gerenciamento de riscos adotado pela empresa

Rastreamento: tecnologia utilizada: \_\_\_\_\_  
  Bloqueador de combustível  
  Botão de pânico  
  Trava do baú  
  Sensor de abertura de porta  
  Sensor de desengate

Escolta profissional  
  Nenhum  
  Outros: \_\_\_\_\_

Possui filiais, agências e pontos de apoio (depósito)

Não  
  Sim, relacione abaixo: \_\_\_\_\_

Endereço	Contato	Telefone:

**SEGUROS ANTERIORES NOS ÚLTIMOS 2 ANOS**

Seguradora	Período de vigência	Prêmio pago	Valor de sinistro
------------	---------------------	-------------	-------------------

"Este questionário/formulário destina-se exclusivamente a cotação do seguro. Em caso de aceitação do risco proposto, sua contratação deverá ser feita na forma e prazo estabelecidos na cotação e/ou proposta fornecida ao corretor."

Declaro que as informações foram prestadas com exatidão, boa-fé e veracidade e que assumo integral responsabilidade pelas declarações firmadas no presente e seus anexos, ciente de que se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação do risco ou na taxa do prêmio perderei o direito ao valor do(s) seguro(s) e pagarei o(s) prêmio(s) vencido(s) nos termos dos art.765 e 766 do código civil brasileiro.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

**SAC: 0800 727 2761 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) - Solicitação de serviços/sinistro: 3366-3380 (Gde. São Paulo)  
0800 727 2755 (Demais Localidades) Ouvidoria: 0800 727 1184 - Site: [www.portoseguro.com.br](http://www.portoseguro.com.br)**

ESTE FORMULÁRIO DESTINA-SE A ANÁLISE DO RISCO, NÃO IMPLICANDO AUTOMATICAMENTE NA ACEITAÇÃO DO SEGURO.