

FAVOR TRANSMITIR ESTE FORMULÁRIO, DEVIDAMENTE PREENCHIDO PARA O E-MAIL: 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
BAIRRO	CIDADE	U.F.	CEP
E-MAIL		CONTATO NO PROPONENTE	
ENDEREÇO DE COBRANÇA COMPLETO		CEP	CIDADE
			U.F.

DADOS DO SEGURO

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO DESEJADO	LIMITE DE CADUCIDADE DESEJADO		
R\$	<input type="checkbox"/> UMA VEZ O LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> UMA VEZ E MEIA O LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO		
VALOR MÉDIO POR EMBARQUE	MAIOR VALOR TRANSPORTADO NUM MESMO VEÍCULO	NÚMERO MÉDIO DE EMBARQUES MENSAIS	
R\$	R\$		
FROTA PRÓPRIA	QUANTIDADE	TIPO DA LOGÍSTICA	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> DISTRIBUIÇÃO <input type="checkbox"/> PONTO A PONTO	
MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO NAS VIAGENS TERRESTRES			
<input type="checkbox"/> VEÍCULO PRÓPRIO <input type="checkbox"/> TRANSPORTADORA LEGALMENTE CONSTITUÍDA <input type="checkbox"/> MOTORISTA AGREGADO <input type="checkbox"/> MOTORISTA AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MOTOBOY			
TIPO(S) DE MERCADORIA(S)			

TIPO DE EMBALAGEM

CAIXAS DE PAPELÃO CAIXAS DE MADEIRA ISOPOR PLÁSTICO BOLHADO CONTAINER OUTROS _____

DOCUMENTOS UTILIZADOS PARA COMPROVAÇÃO DO VALOR DA MERCADORIA

NOTA FISCAL DE VENDA NOTA FISCAL DE SIMPLES REMESSA NOTA FISCAL DE TRANSFERÊNCIA
 NOTA FISCAL DE COMPRA NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OUTRO DOCUMENTO FISCAL EQUIVALENTE

ROTAS DE MAIOR FREQUÊNCIA

CLÁUSULA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA A CARGA

BÁSICA COMPLETA LIMITE PRETENDIDO PARA ESTA CLÁUSULA: R\$ _____

TIPO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS ADOTADO PELA EMPRESA

RASTREAMENTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EQUIPAMENTO UTILIZADO: _____ GERENCIADORA DE RISCOS: _____ <input type="checkbox"/> BLOQUEADOR DE COMBUSTÍVEL <input type="checkbox"/> SENSOR DE ABERTURA DE PORTA <input type="checkbox"/> SENSOR DE DESENGATE <input type="checkbox"/> BOTÃO DE PÂNICO <input type="checkbox"/> BLOQUEADOR DE INGNICAO <input type="checkbox"/> TECLADO ALFA NUMERICO <input type="checkbox"/> TRAVA DO BAÚ	ESCOLTA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL: EMPRESA: _____ <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	SEGURANÇA PATRIMONIAL <input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA ELETRÔNICA
---	---	---

SEGUROS ANTERIORES NOS ÚLTIMOS 2 ANOS

SEGURADORA	PERÍODO DE VIGÊNCIA	PRÊMIO PAGO	VALOR DE SINISTRO
		R\$	R\$

OBSERVAÇÕES

OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO: **CÓDIGO DE OPERAÇÃO:**

“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. 766 e 765 do código civil brasileiro.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

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

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