|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proponente** | **:** |  |
|  |  |  |
| **Titular de Delegação** | **:** |  |
|  |  |  |
| **Endereço** | **:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CNPJ** | **:** |  |
|  |  |  |
| **Endereço** | **:** |  |
|  |  |  |

Nota: Caso a empresa tenha filiais, ou escritório em outros locais, favor listá-los em folha separada.

**Atividade Notário/Tabelião Oficial de Registro**

**Data do início das operações da empresa:**

1. **Faturamento:**
2. Valor total de faturamento bruto anual recebido:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Último exercício | : |  |
|  |  |  |
| Penúltimo exercício | : |  |

|  |
| --- |
|  |

1. Estimativa total de faturamento bruto para os próximos 12 meses:
2. Referente ao faturamento bruto anual do último exercício, distribuir o percentual por atividade:

Reconhecimento de Firmas :\_\_\_% Notificações nos Títulos :\_\_\_%

Autenticação de Documentos:\_\_\_% Registro e Averbações:\_\_\_%

Lavratura de Escrituras: \_\_\_% Registro de Imóveis:\_\_\_%

Lavratura de Procurações:\_\_\_% Títulos e Documentos:\_\_\_%

Testamentos:\_\_\_% Pessoa Jurídica:\_\_\_%

Certidões em geral:\_\_\_% Protestos:\_\_\_%

Notificação nos Documentos:\_\_\_% Outros:\_\_\_%

1. **Informar a quantidade de:**
2. Tabeliães de Notas: Substitutos:
3. Oficiais de Registro: Substitutos:
4. Escreventes:
5. Auxiliares:
6. Total:
7. **Como e por quem é feito o controle dos serviços executados pelo proponente?**

|  |
| --- |
|  |

1. **O proponente guarda documentos em cofres/arquivos à prova de fogo? Em caso negativo, descrever os locais de armazenagem que não sejam cofres ou arquivos à prova de fogo.**

|  |
| --- |
|  |

1. **O Risco**
2. Há possibilidade de serem conhecidas imediatamente as falhas profissionais? Como? Em que etapa da sua execução?

|  |
| --- |
|  |

1. Quais seriam estas falhas profissionais

|  |
| --- |
|  |

1. Quais os danos poderiam ser causados a terceiros em decorrência destas falhas profissionais?

|  |
| --- |
|  |

1. **Empresas subcontratadas**
2. Discriminar todos os serviços terceirizados da Proponente, incluindo aqueles realizados por pessoas (físicas ou jurídicas) credenciadas e prestadoras de serviço.

|  |
| --- |
|  |

1. Qual a formação, qualificação, experiência profissional e comprovação de solidez financeira exigida das empresas terceirizadas, credenciadas e demais prestadoras de serviço à segurada?

|  |
| --- |
|  |

1. Há contrato expresso entre a segurada e as empresas terceirizadas, credenciadas ou prestadoras de serviço? Como é fixada no contrato a distribuição de responsabilidade entre as partes?

|  |
| --- |
|  |

1. Há condições de serem identificadas as falhas profissionais incorridas por essas empresas, separadamente das incorridas pela Proponente? Como? Por quem? Em que etapa da execução da atividade?

|  |
| --- |
|  |

1. **Reclamações. Caso positivo, favor esclarecer detalhadamente:**
2. Qualquer titular de delegação, substitutos, escreventes, auxiliares, advogados, funcionários, atuais ou antigos, foi(ram) sujeito(s) a reclamações ou ação disciplinar por qualquer autoridade em consequencia de suas atividades profissionais?

SIM NÃO

|  |
| --- |
|  |

1. Existe alguma reclamação, problemas, eventos, circunstâncias ou fatos por Erros e Omissões contra o Proponente, titular de delegação, substitutos, escreventes, auxiliares, advogados, funcionários, atuais ou antigos, nos últimos 10 anos?

SIM NÃO

|  |
| --- |
|  |

1. O proponente ou titular de delegação ou seus substitutos tem conhecimento da existência de quaisquer reclamações, problemas, situações, transações, eventos, circunstâncias ou fatos, até a presente data, que possam levar o proponente e/ou titular de delegação, substitutos, escreventes, auxiliares, advogados, funcionários, atuais ou antigos a uma reclamação e/ou sinistro?

SIM NÃO

|  |
| --- |
|  |

1. **Apólices de seguro de Responsabilidade Civil Profissional:**
2. Trata-se de seguro novo? SIM NÃO

Em caso negativo, informar a data de retroatividade:

1. Em caso de renovação, informar sobre as contratações nos últimos 5 anos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEGURADORA** | **FIM DE VIGÊNCIA** | **LMG** | **FRANQUIA** | **PRÊMIO LÍQUIDO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Informar limite pretendido:**
2. **Declaração**

O Proponente abaixo-assinado declara que todas as informações constantes desta proposta de seguro são verdadeiras.

A presente proposta não obriga o Proponente abaixo-assinado a contratar o seguro.

Porém, fica acordado que, em caso de contratação, esta proposta (a qual será arquivada pela Seguradora), será a base do contrato, uma vez que é considerada como parte integrante da apólice.

Fica entendido e acordado que o Proponente deve notificar a Seguradora sobre qualquer alteração das informações contidas nesta proposta, e ocorridas antes do início da vigência do seguro. Nesta caso, a Seguradora poderá, a seu critério, modificar ou cancelar qualquer cotação anterior.

A Seguradora está autorizada a fazer qualquer investigação ou pergunta relacionada a esta proposta, na medida em que julgue necessário.

**Assinatura Cargo Data**

*(Esta Solicitação deve ser assinada pelo Proprietário, Sócio ou Diretor da Empresa.)*