1. **Dados do Segurado**

|  |  |
| --- | --- |
| **Segurado:** |  |
| **CNPJ:** |  |
| **Atividade:** | Embarcador ()       Transportador () |
| **Endereço:** |  |
| **CEP:** |  |
| **Cidade/UF:** |  |
| **Sociedade\*:** | Privada ()       Pública\* () |
| \*São consideradas sociedades públicas: empresas públicas, órgãos centralizados da União , sociedades de economia mista, fundações públicas, autarquias, demais empresas ou entidades controladas direta ou indiretamente pelo Poder Público Federal, Estadual e Municipal, empresas do Sistema “S”, Serviço Social Autônomo, fundos especiais, entes de cooperação (organizações sociais e serviços sociais autônomos) e demais pessoas jurídicas de Direito Público. |

* 1. **Dados do(s) Cossegurado(s)**

**ATENÇÃO:**  Somente podem ser incluídos como cossegurados empresas de um mesmo grupo empresarial formalmente constituído e registrado em Junta Comercial.

|  |  |
| --- | --- |
| **Cossegurados:** |  |
| **CNPJs:** |  |

Algum cossegurado é classificado como sociedade pública, conforme definição acima?

**Sim**  **Não**

Se sim, qual(is)?

1. **Dados do Corretor**

|  |  |
| --- | --- |
| **Corretora:** |  |
| **SUSEP:** |  |
| **Nome de contato:** |  |
| **Telefone:** |  |

1. **Tipo do Seguro**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Novo |
|  | Renovação AIG | Apólice: | 08737     010313000 |
|  | Renovação Congênere | Seguradora |  |

1. **Sinistralidade**

Nos últimos 5 anos houve algum acidente em que o produto transportado atingiu solos, rios, mares ou lençois freáticos; ou que tenha gerado despesas relacionadas à emergencias ambientais ou destinação de resíduos? **Sim**  **Não**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data do evento** | **Descrição** | **Valor do SInistro** | **Pago em apólice** |
|  |  | R$ | Ambiental  Transporte |
|  |  | R$ | Ambiental  Transporte |
|  |  | R$ | Ambiental  Transporte |
|  |  | R$ | Ambiental  Transporte |
|  |  | R$ | Ambiental  Transporte |
|  |  | R$ | Ambiental  Transporte |

1. **Rotas –** selecione os estados em que o segurado realiza o transporte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acre | Maranhão | Rio de Janeiro |
| Alagoas | Mato Grosso | Rio Grande do Norte |
| Amapá | Mato Grosso do Sul | Rio Grande do Sul |
| Amazonas | Minas Gerais | Rondônia |
| Bahia | Pará | Roraima |
| Ceará | Paraíba | Santa Catarina |
| Distrito Federal | Paraná | São Paulo |
| Espírito Santo | Pernambuco | Sergipe |
| Goiás | Piauí | Tocantins |

1. **Frota – quantidade de veículos**

Próprios       Agregados       Terceirizados

1. **Frequência mensal de embarques**

      embarques por mês

1. **Produtos Transportados** (indique somente os produtos transportados e preencha o % de sólidos, líquidos e gases).

**ATENÇÃO:**  Não serão aceitas descrições genéricas e/ou classes de risco (ex: “diversos”; “outros”; “líquidos inflamáveis”; etc). Somente haverá cobertura para as mercadorias informadas.

8.1. Sólidos:      % do total de embarques

|  |  |
| --- | --- |
|  | Açúcar e/ou farinha ensacada |
|  | Açúcar e/ou farinha granel |
|  | Algodão, tecidos, papel e/ou madeira |
|  | EPI's Contaminados e/ou resíduos perigosos (industriais e hospitalares) |
|  | Grãos ensacados |
|  | Grãos granel |
|  | Resíduos de construção civil |
|  | Resíduo sólido comum |
|  | Outros sólidos que não se enquadram nas categorias acima (descrever): |  |

* 1. Líquidos:      % do total de embarques

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bebidas em geral embaladas |
|  | Bebidas em geral granel |
|  | Cimento, Cal e/ou Argamassa |
|  | Combustível (gasolina, etanol, diesel e biodiesel) |
|  | Efluentes industriais e/ou borras oleosas |
|  | Efluentes sanitários |
|  | Fertilizantes e/ou defensivos embalados |
|  | Fertilizantes e/ou defensivos granel |
|  | Leite granel |
|  | Óleo Lubrificante embalado |
|  | Óleo vegetal embalado |
|  | Óleo vegetal granel |
|  | Produtos Asfálticos (CAP, coque, negro de fumo) |
|  | Produtos de limpeza, cosméticos e/ou medicamentos |
|  | Produtos Químicos embalados (descrever) |  |
|  | Produtos Químicos granel (descrever) |  |
|  | Sebo |
|  | Sucos de frutas granel |
|  | Tintas |
|  | Outros líquidos que não se enquadrem em nenhuma das categorias acima (descrever): |  |

8.3. Gases:      % do total de embarques

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Gases em cilindros (descrever) |  |
|  | Gases granel (descrever) |  |

OBS: haverá aplicação de franquia diferenciada para o transporte de gás.

1. **Coberturas Adicionais a serem contratadas**

8.1. Não Acidentes: **Sim**  **Não**

8.2. Extensão Rodofluvial: **Sim**  **Não**

Se sim: **20% do LMI**       **Sem sub-limite (100%)**

Do total de embarques mensais, quantos possuem extensão fluvial?      .

OBS: haverá aplicação de franquia diferenciada para os trechos fluviais.

1. **Extensão territorial**

O segurado deseja estender a cobertura da apólice para o Mercosul/Chile?

**Sim**  **Não**

Se sim: quantos embarques mensais são realizados no Mercosul/Chile?      .

Quais produtos são transportados no Mercosul/Chile?

OBS: haverá aplicação de franquia diferenciada fora do Território Nacional.

1. **Atendimento emergencial**

10.1 Existe contrato com empresa de atendimento a emergências ambientais?

**Sim**  - Empresa:       **Não**

10.1 O segurado dese ser incluído na estrutura de atendimento Parceira da AIG?

**Sim**  (se sim, informe os dados abaixo) **Não**

Nome de contato do Segurado

E-mail do Segurado

1. **Limites**

Selecione até três opções de limite para cotação:

1. R$ 100.000 por evento e R$ 200.000 no agregado
2. R$ 200.000 por evento e R$ 400.000 no agregado
3. R$ 300.000 por evento e R$ 600.000 no agregado
4. R$ 400.000 por evento e R$ 800.000 no agregado
5. R$ 500.000 por evento e R$ 1.000.000 no agregado

Declaro, sob pena de aplicação das sanções previstas no Código Civil Brasileiro, que as informações contidas neste questionário são completas e verdadeiras. Declaro também entender ser necessário informar imediatamente a seguradora caso as informações prestadas neste questionário sofram quaisquer alterações, compreendendo que neste caso, a seguradora poderá retirar ou modificar quaisquer cotações, propostas, ou formalizações de cobertura securitária eventualmente feitas.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do proponente ou seu representante legal

     ,       de maio de 2018 **Local e Data**

I – “A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco”;   
II – “O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização”; e   
III – “O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF”.

SAC (Central 24h): 0800 726 6130   
SAC - Atendimento a deficientes auditivos e da fala (Central 24h): 0800 724 0149   
Ouvidoria (2ª a 6ª feira, das 9h às 18h): 0800 724 0219   
Ouvidoria - Atendimento a deficientes auditivos e da fala (2ª a 6ª feira, das 9h às 18h): 0800 200 1244