

**QUESTIONÁRIO DE SEGURO TRANSPORTES
VIAGENS INTERNACIONAIS
() IMPORTAÇÃO () EXPORTAÇÃO**



Razão Social da Empresa		CNPJ
Endereço da Sede	Cidade	Estado
Telefone	Inscrição Estadual	Atividade Principal

1) Mercadorias objeto do seguro, especificando embalagens (Caso haja diversidade, esclarecer a proporcionalidade existente).

Qual o Código TEC / NCM das mesmas ?

Mercadorias/Embalagens	%	Mercadorias/Embalagens	%
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2) Valor total transportado nos últimos seis meses (mês a mês)?

Mês/Ano	Valor US\$	Mês/Ano	Valor US\$
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3) Nas viagens complementares terrestres são utilizados veículos próprios ou de terceiros? Mencionar o nome das Transportadoras.

4) Nos percursos preliminares ou complementares rodoviários, e utilizado algum tipo de gerenciamento de risco ou medidas de segurança, como rastreamento por satélite, escolta armada, consulta sobre motoristas a cadastros especializados, etc? Caso positivo, indicar quais são as medidas adotadas, equipamentos utilizados, bem como quem faz o monitoramento das cargas

- Consulta a cadastro especializado de motoristas. (empresa utilizada _____)
- Rastreamento por Satélite (equipamento utilizado _____)
- Monitoramento (gerenciadora utilizada _____)
- Escolta Armada feita por firma homologada pelo Ministério da Justiça (empresa utilizada _____)
- Outros (especificar: _____)
- _____
- _____

5) Qual o valor médio por viagem ? (US\$)	6) Qual o valor do máximo embarcado por viagem? (US\$)	7) Qual o número de viagens (médio) por mês?	8) Moeda de contratação do Seguro <input type="checkbox"/> Real (R\$) <input type="checkbox"/> Dólar (US\$) <input type="checkbox"/> Outra (indicar _____)
--	---	---	--

9) Meios de transporte utilizados, informando a respectiva proporcionalidade

- Marítimo (_____ %)
- Aéreo (_____ %)
- Terrestre (_____ %)

10) O proponente faz parte do regime FUNDAP ?		11) O proponente é o real importador da mercadoria? Em nome de quem é emitida a documentação fiscal de importação?	
12) Que tipo de Apólice deseja contratar? <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Avulsa (para um único embarque)		13) Qual o tipo de Contrato de Compra e Venda Utilizado ? <input type="checkbox"/> FOB (A responsabilidade do comprador começa com a mercadoria embarcada no veículo transportador) <input type="checkbox"/> FAS (A responsabilidade do comprador começa com a mercadoria ao lado do veículo transportador) <input type="checkbox"/> EX-WORKS (Responsabilidade do comprador, desde o embarque das mercadorias no Armazém do vendedor) <input type="checkbox"/> CIF (Responsabilidade do vendedor , desde a saída das mercadorias de seu Armazém até a entrega no Armazém do comprador) <input type="checkbox"/> OUTROS (Especificar o tipo)	
14) Que Cobertura(s) deseja contratar ? <input type="checkbox"/> Cob Básica Ampla "A" <input type="checkbox"/> Cob Básica Restrita B <input type="checkbox"/> Cob Básica Restrita B com Roubo <input type="checkbox"/> Cob Básica Restrita B com Adicionais (exceto Roubo) <input type="checkbox"/> Cob Básica Restrita C <input type="checkbox"/> Cob Básica Restrita C com Roubo <input type="checkbox"/> Cob Básica Restrita C com Adicionais (exceto roubo) <input type="checkbox"/> Cob Adicional Guerra e Greves		15) Composição da Importância Segurada Além da verba obrigatória FOB + Frete, deseja contratar cobertura para: <input type="checkbox"/> Despesas (até 10% sem comprovação) <input type="checkbox"/> Lucros Esperados (até 10% sem comprovação e só para mercadorias destinadas à comercialização / industrialização) <input type="checkbox"/> Impostos	
16) Outras Coberturas Desejadas: <input type="checkbox"/> Embarque Aéreo Sem Valor Declarado <input type="checkbox"/> Transbordo e Desvio de Rota <input type="checkbox"/> Prorrogação de Prazo de Duração dos Riscos <input type="checkbox"/> Extensão de Cobertura e Abertura de Volumes <input type="checkbox"/> Paralisação de Máquinas Frigoríficas <input type="checkbox"/> Extensão de Cobertura para Alimentos Congelados			
17) Qual o local de início das viagens?		18) Qual é o porto / aeroporto de início das viagens?	
19) Qual é o porto / aeroporto de destino das viagens?		20) Qual é o destino final das mercadorias.	
21) Já contratou esse seguro anteriormente? Caso positivo, informar seguradora anterior e respectivos prêmios pagos nos últimos 12 meses. * Seguradora anterior: _____ * Prêmios Pagos (últimos 12 meses): _____		22) Possui Tarifação Especial em vigor? Caso positivo, indicar qual o benefício tarifário.	
23) Quais os sinistros ocorridos nos últimos 36 meses (mesmo que nunca tenha contratado o seguro anteriormente) mencionando, por sinistro ocorrido: a) Valor do Embarque: _____ b) Valor do Prejuízo: _____ c) Causa do Sinistro: _____ d) Data da Ocorrência: _____ e) Transportador Envolvido: _____ f) Local do Sinistro: _____			
24) Informar as condições atuais da apólice em vigor (se houver) no que se refere a: a) Taxa _____ b) Franquia / POS _____ c) Limites _____ d) Descontos / Agravações _____ e) Outros _____			

