

QUESITOS DE APRECIACÃO DO RISCO



MARQUE COM X A RESPOSTA EXACTA																																		
1	Extensão: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Só de Pensões Modalidade: <input type="checkbox"/> Prémio Fixo (1) <input type="checkbox"/> Prémio Variável (2)																																	
2	Actividade Predominante																																	
3	Natureza dos trabalhos																																	
4	Local do risco																																	
5	Qual o montante previsível das remunerações anuais? Sim Não																																	
6	Os trabalhadores auferem subsídio de férias? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
	Os trabalhadores auferem 13º mês? (subsídio de natal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
7	Pretende que estes subsídios sejam abrangidos no Seguro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">A que distância se encontra</td> <td style="width: 10%;">Um posto médico</td> <td style="width: 10%;">[] [] KM</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%;">Um hospital</td> <td style="width: 10%;">[] [] KM</td> <td style="width: 10%;">Uma farmácia</td> <td style="width: 10%;">[] [] KM</td> <td style="width: 10%;">Domingos?</td> <td style="width: 5%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Dá trabalho aos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Feridos?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Fora das horas normais?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	A que distância se encontra	Um posto médico	[] [] KM	8	Um hospital	[] [] KM	Uma farmácia	[] [] KM	Domingos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Dá trabalho aos				Feridos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Fora das horas normais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A que distância se encontra	Um posto médico	[] [] KM	8	Um hospital	[] [] KM	Uma farmácia	[] [] KM	Domingos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
				Dá trabalho aos				Feridos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
								Fora das horas normais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
9	Entre indivíduos que pretende segurar há alguns com manifesta inferioridade física ou mental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
9.1	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nomes:</td> <td style="width: 50%;">Defeitos:</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Nomes:	Defeitos:	_____	_____	_____	_____	_____	_____																									
Nomes:	Defeitos:																																	
_____	_____																																	
_____	_____																																	
_____	_____																																	
10	Há alguns que estão sujeitos aos riscos de ataques de animais ferozes ou venenosos e de picadas de insectos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
10.1	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nomes:</td> <td style="width: 50%;">Local de trabalho, animais e insectos infestam a área</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Nomes:	Local de trabalho, animais e insectos infestam a área	_____	_____	_____	_____	_____	_____																									
Nomes:	Local de trabalho, animais e insectos infestam a área																																	
_____	_____																																	
_____	_____																																	
_____	_____																																	
11	São utilizadas matérias explosivas, corrosivas, tóxicas ou outras perigosas: Quais?																																	
11.1	Sendo explosivos indicar os nomes																																	
12	Entre os indivíduos a segurar há parentes seus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nomes:</td> <td style="width: 50%;">Grau de parentesco:</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Nomes:	Grau de parentesco:	_____	_____	_____	_____	_____	_____																									
Nomes:	Grau de parentesco:																																	
_____	_____																																	
_____	_____																																	
_____	_____																																	
13	Utiliza máquinas de tipo industrial? SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> DE QUE TIPO																																	
14	Qual é o meio de transporte que os trabalhadores utilizam em serviço?																																	
15	Há deslocações ao estrangeiro em serviço? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
15.1	(Indique os nomes dos países)																																	
16	os trabalhadores utilizam transporte da entidade patronal no trajecto casa/serviço ou vice-versa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
16.1	Em caso afirmativo indique o meio de transporte utilizado																																	
17	Alguns dos trabalhadores que pretende segurar estão sujeitos a doença profissionais? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
17.1	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nomes:</td> <td style="width: 50%;">Doenças</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Nomes:	Doenças	_____	_____	_____	_____	_____	_____																									
Nomes:	Doenças																																	
_____	_____																																	
_____	_____																																	
_____	_____																																	
18	Adopta as medidas prescritas nas leis e nos regulamentos tendentes a prevenção de acidentes de trabalho, e à protecção de vida e da integridade física dos trabalhadores? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																	
19	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">O risco proposto já esteve anteriormente seguro?</td> <td style="width: 10%;">Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%;">Em que seguradora?</td> <td style="width: 30%;">A que taxa?</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table>	O risco proposto já esteve anteriormente seguro?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Em que seguradora?	A que taxa?	%			_____	_____																								
O risco proposto já esteve anteriormente seguro?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Em que seguradora?	A que taxa?	%																														
		_____	_____																															
20	Porque cessou o seguro?																																	

N.B.

ESTE QUESTIONÁRIO DEVE SER TOTALMENTE RESPONDIDO

O proponente abaixo assinado, declara ter tomado conhecimento das condições da apólice a emitir e ter respondido de forma exacta e completa aos quesitos desta proposta, sabendo que em caso contrário fica sujeito às disposições legais aplicáveis.

O PROPONENTE

_____, _____, _____, _____

OBS.: _____

REGISTO DE AGÊNCIAS:	DATA DE ENTRADA	NA AGÊNCIA: ____ / ____ / ____ NA SEDE: ____ / ____ / ____
	AGÊNCIA	
	CÓDIGO DO MEDIADOR	
	NOTAS:	
VISTO: O CHEFE DA SECÇÃO,	OBSERVAÇÕES:	APROVADO EM ____ DE _____ DE 20 ____ O CHEFE DE SERVIÇOS _____