



**SEGURO**  
Transportes

# QUESTIONÁRIO PARA SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DO TRANSPORTADOR DE CARGA



DAGAMA CORRETORES DE SEGUROS  
http://www.dagama.com.br

Após o preenchimento, escolha a opção "SALVAR COMO" em seu computador, escolha um nome para o formulário e envie como anexo para o e-mail de contato.

## DADOS DO CORRETOR

CORRETOR <b>EDUARDO DE ALMEIDA GAMA</b>		SUSEP 10.2026490.9	
E-MAIL contato@dagama.com.br	CONTATO	(DDD) FONE (21)992351954	(DDD) FAX

## DADOS DO PROPONENTE

RAZÃO SOCIAL		C.N.P.J.	
ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA			
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO
CIDADE	U.F.	CEP	(DDD) TELEFONE
		E-MAIL	

## DADOS DO SEGURO

Seguro desejado  
 RCTR-C E RCF-DC     RCF-DC (Somente se já possuir seguro RCTR-C nesta seguradora)     RCTR-VI (Danos a carga transportada)     RCTR-C     RCTAC

Cláusula Adicional de Assistência a Carga (exclusivo para o seguro de RCTR-C)  
 Básica     Completa    Limite pretendido para esta cláusula: R\$ \_\_\_\_\_

Durante os últimos 5 anos, foi alterada sua denominação social, efetuada qualquer incorporação, compra ou fusão com outra empresa?  
 Não     Sim, detalhe: \_\_\_\_\_

Frota própria	Quantidade de veículos	Frota agregada	Quantidade de motoristas agregados	Fretistas autônomos	Quantidade de fretistas autônomos
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

Tipo da logística  
 Distribuição     Ponto a ponto

Segurança patrimonial  
 Humana     Eletrônica

Tipos de mercadorias transportadas

<input type="checkbox"/> Açúcar	<input type="checkbox"/> Cigarros	<input type="checkbox"/> Óleos comestíveis
<input type="checkbox"/> Algodão	<input type="checkbox"/> Cobre bruto ou em outras formas	<input type="checkbox"/> Óleos lubrificantes
<input type="checkbox"/> Alumínio bruto ou em outras formas	<input type="checkbox"/> Confecção e tecidos	<input type="checkbox"/> Pneus ou câmaras de ar
<input type="checkbox"/> Autopeças	<input type="checkbox"/> Compact disc - CD	<input type="checkbox"/> Polietileno ou polipropileno
<input type="checkbox"/> Bebidas destiladas	<input type="checkbox"/> Combustíveis	<input type="checkbox"/> Produtos alimentícios
<input type="checkbox"/> Bicycletas	<input type="checkbox"/> Cosméticos	<input type="checkbox"/> Produtos elétricos
<input type="checkbox"/> Brinquedos	<input type="checkbox"/> Defensivos agrícolas	<input type="checkbox"/> Produtos eletrônicos
<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Eletrodomésticos	<input type="checkbox"/> Produtos Refrigerados
<input type="checkbox"/> Calçados	<input type="checkbox"/> Fios e cabos de alumínio e cobre	<input type="checkbox"/> Produtos higiene e limpeza
<input type="checkbox"/> Carnes 'in natura' ou charque	<input type="checkbox"/> Fraldas descartáveis	<input type="checkbox"/> Tintas
<input type="checkbox"/> Cervejas	<input type="checkbox"/> Leite em pó ou condensado	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Aparelhos de telefones celulares ou acessórios		_____
<input type="checkbox"/> Equipamentos de informática/componentes		_____
<input type="checkbox"/> Produtos Químicos p/ fabricação de medicamentos		_____
<input type="checkbox"/> Máquinas agrícolas pesadas ou tratores		
<input type="checkbox"/> Medicamentos uso humano ou uso veterinário		

Maior valor transportado no mesmo veículo	Valor médio embarcado no mesmo veículo	Limite de responsabilidade de desejado
Número médio de embarques mensais	Rotas de maior frequência	

Realiza tráfego mútuo com outras transportadoras  
 Não     Sim. Relacione o nome das transportadoras: \_\_\_\_\_

Informar se transporta exclusivamente para determinadas empresas  
 Não     Sim. Relacione o nome das empresas: \_\_\_\_\_

Tipo de gerenciamento de riscos adotado pela empresa    Configuração do rastreador

Rastreamento: tecnologia utilizada: \_\_\_\_\_     Bloqueador de combustível     Botão de pânico     Trava do baú

Escolta profissional     Nenhum     Outros: \_\_\_\_\_     Sensor de abertura de porta     Sensor de desengate

Possui filiais, agências e pontos de apoio (depósito)  
 Não     Sim, relacione abaixo: \_\_\_\_\_

Endereço	Contato	Telefone:

**SEGUROS ANTERIORES NOS ÚLTIMOS 2 ANOS**

Seguradora	Período de vigência	Prêmio pago	Valor de sinistro
------------	---------------------	-------------	-------------------

"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.765 e 766 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.

---