



QUESTIONÁRIO PARA SEGURO RC PROFISSIONAL

CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS (RCP)

we[sure].
SEGUROS
INTEGRADOS

Após o preenchimento, escolha a opção "SALVAR COMO" em seu computador, escolha um nome para o formulário e envie como anexo para cotacao@wegroupseguros.com.br

• I - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
3. 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.

• II - DADOS DA SEGURADORA

Código da Seguradora 569-0	Código da Sucursal () Suc. 02 () Suc. 81	Código da UP	Tipo de Seguro () Novo () Renovação	Proposta nº
-------------------------------	---	--------------	--	-------------

• III - DADOS DO PROPONENTE

Razão Social			CNPJ	Insc. Cons. Reg. nº
Nome Fantasia			Conselho Emissor	UF Cons. Emissor.
Nome Diretor Médico			No. Conselho Regional	Data da Habilitação
Endereço <i>(se forem incluídas filiais no seguro, especificar todos os endereços)</i>			Número	Complemento
Bairro	Município	UF	CEP	Fones (com DDD)
E-mail do Proponente		Site do Proponente		

• IV - QUESTIONÁRIO PARA SUBSCRIÇÃO DO RISCO (se necessário, detalhar alguma resposta no verso ou por anexo, assinado)

1. Principais especialidades de atendimento da Clínica/Consultório:
a) () CIRURGIAS PLÁSTICAS; () CIRURGIAS QUE NECESSITEM ANESTESIOLOGISTA;
() CIRURGIAS QUE NÃO NECESSITEM ANESTESIOLOGISTA; () GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA;
() DEMAIS ATIVIDADES DA ÁREA DE SAÚDE EM CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS;
b) Em caso de mais de uma, qual a principal (por número de atendimentos) ?

2. Tipos de procedimentos:
() SEM invasivos () COM invasivos () SEM cirúrgicos () COM cirúrgicos

3. Quantidades de profissionais (empregados + prestadores de serviços, com atividades de prestação de serviços na área de saúde) (*):

a) Cirurgião Plástico → ; b) Anestesiologista → ; c) Cirurgião Geral → ;
d) Ginecologista → ; e) Demais de nível universitário → ; f) Técnicos → ;
g) Outros funcionários (*) → ; h) TOTAL → .

(*) desconsiderar: faxineiro, copeiro, office boy, vigia, porteiro e assemelhados.

4. Há internação ?
() SIM () NÃO

5. Há serviços de anestesia ambulatorial ?
() SIM () NÃO

6. Tipos de exames realizados:
() USG () Radioisótopos () Cateterismo () Outros (especificar) () Nenhum

7. Equipamentos e aparelhos existentes no local (assinalar):
() Raio X fixo () Respirador () Hemodiálise () Diagnóstico por Imagem
() Cardioversor () Carro de anestesia () Outros (especificar) () Nenhum

8. Houve casos de infecção hospitalar registrado nos últimos 3 (três) anos ? ☐ SIM ☐ NÃO (em caso positivo, informar datas e detalhes)																	
9. Houve qualquer reclamação de terceiros contra o Estabelecimento ou contra algum profissional do estabelecimento segurado nos últimos 3 anos ? ☐ SIM ☐ NÃO (informar data, valor e causa de cada reclamação).																	
10. Tem conhecimento de qualquer fato que possa resultar em reclamação ? ☐ SIM ☐ NÃO (em caso positivo, especificar)																	
11. Houve algum tipo de seguro de responsabilidade civil, recusado ou cancelado por parte da Seguradora ? SIM NÃO (em caso positivo, informar datas e motivos).																	
• V – QUESTIONÁRIO SOBRE EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS (CONCORRÊNCIA DE APÓLICES)																	
1. O risco objeto desta proposta já se encontra coberto por outra apólice, nesta ou em outra Seguradora ? ☐ SIM ☐ NÃO (em caso positivo, informar: 1. seguradoras; 2. nºs das apólices; 3. coberturas e respectivos LMIs; 4. vigências):																	
2. O Proponente pretende realizar seguro complementar sobre o mesmo interesse? ☐ SIM ☐ NÃO (informar coberturas e respectivos LMIs):																	
• VI – DEFINIÇÃO DO PLANO																	
1. TABELA DE ESPECIALIDADES E QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">A – Cirurgia Plástica</td> <td style="width: 20%;">B – Cirurgias que necessitem Anestesiologista</td> <td style="width: 20%;">C – Cirurgias que NÃO necessitem Anestesiologista</td> <td style="width: 20%;">D – Ginecologia e Obstetrícia</td> <td style="width: 20%;">E – Demais atividades da área de saúde em clínica e consultórios</td> </tr> <tr> <td>A1 – Até 10 profiss. A2 – De 11 a 30 profs. A3 – De 31 a 50 profs. A4 – De 51 a 80 profs.</td> <td>B1 – Até 10 profiss. B2 – De 11 a 30 profs. B3 – De 31 a 50 profs. B4 – De 51 a 80 profs.</td> <td>C1 – Até 10 profiss. C2 – De 11 a 30 profs. C3 – De 31 a 50 profs. C4 – De 51 a 80 profs.</td> <td>D1 – Até 10 profiss. D2 – De 11 a 30 profs. D3 – De 31 a 50 profs. D4 – De 51 a 80 profs.</td> <td>E1 – Até 10 profiss. E2 – De 11 a 30 profs. E3 – De 31 a 50 profs. E4 – De 51 a 80 profs.</td> </tr> </table>						A – Cirurgia Plástica	B – Cirurgias que necessitem Anestesiologista	C – Cirurgias que NÃO necessitem Anestesiologista	D – Ginecologia e Obstetrícia	E – Demais atividades da área de saúde em clínica e consultórios	A1 – Até 10 profiss. A2 – De 11 a 30 profs. A3 – De 31 a 50 profs. A4 – De 51 a 80 profs.	B1 – Até 10 profiss. B2 – De 11 a 30 profs. B3 – De 31 a 50 profs. B4 – De 51 a 80 profs.	C1 – Até 10 profiss. C2 – De 11 a 30 profs. C3 – De 31 a 50 profs. C4 – De 51 a 80 profs.	D1 – Até 10 profiss. D2 – De 11 a 30 profs. D3 – De 31 a 50 profs. D4 – De 51 a 80 profs.	E1 – Até 10 profiss. E2 – De 11 a 30 profs. E3 – De 31 a 50 profs. E4 – De 51 a 80 profs.		
A – Cirurgia Plástica	B – Cirurgias que necessitem Anestesiologista	C – Cirurgias que NÃO necessitem Anestesiologista	D – Ginecologia e Obstetrícia	E – Demais atividades da área de saúde em clínica e consultórios													
A1 – Até 10 profiss. A2 – De 11 a 30 profs. A3 – De 31 a 50 profs. A4 – De 51 a 80 profs.	B1 – Até 10 profiss. B2 – De 11 a 30 profs. B3 – De 31 a 50 profs. B4 – De 51 a 80 profs.	C1 – Até 10 profiss. C2 – De 11 a 30 profs. C3 – De 31 a 50 profs. C4 – De 51 a 80 profs.	D1 – Até 10 profiss. D2 – De 11 a 30 profs. D3 – De 31 a 50 profs. D4 – De 51 a 80 profs.	E1 – Até 10 profiss. E2 – De 11 a 30 profs. E3 – De 31 a 50 profs. E4 – De 51 a 80 profs.													
2. DEFINIÇÃO DO GRUPO DE RISCO DO PROPONENTE (com base no quadro abaixo): ☐ A1; ☐ A2; ☐ A3; ☐ A4; ☐ B1; ☐ B2; ☐ B3; ☐ B4; ☐ C1; ☐ C2; ☐ C3; ☐ C4; ☐ D1; ☐ D2; ☐ D3; ☐ D4; ☐ E1; ☐ E2; ☐ E3; ☐ E4;																	
3. LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (LMI) a) Restrições de LMI conforme a quantidade de profissionais: <table style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><u>Por sinistro (LMI)</u></td> </tr> <tr> <td>• Até 10 profissionais → Máximo de:</td> <td style="text-align: right;">R\$ 100.000,00</td> </tr> <tr> <td>• De 11 a 30 profissionais → Máximo de:</td> <td style="text-align: right;">R\$ 150.000,00</td> </tr> <tr> <td>• De 31 a 50 profissionais → Máximo de:</td> <td style="text-align: right;">R\$ 200.000,00</td> </tr> <tr> <td>• De 51 a 80 profissionais → Máximo de:</td> <td style="text-align: right;">R\$ 200.000,00</td> </tr> </table> b) Opções de LMI, respectivamente – R\$ (observar as restrições acima): ☐ 60.000,00; ☐ 80.000,00; ☐ 100.000,00 ☐ 150.000,00; ☐ 200.000,00; c) Opções de LA: ☐ 200% (padrão do produto);							<u>Por sinistro (LMI)</u>	• Até 10 profissionais → Máximo de:	R\$ 100.000,00	• De 11 a 30 profissionais → Máximo de:	R\$ 150.000,00	• De 31 a 50 profissionais → Máximo de:	R\$ 200.000,00	• De 51 a 80 profissionais → Máximo de:	R\$ 200.000,00		
	<u>Por sinistro (LMI)</u>																
• Até 10 profissionais → Máximo de:	R\$ 100.000,00																
• De 11 a 30 profissionais → Máximo de:	R\$ 150.000,00																
• De 31 a 50 profissionais → Máximo de:	R\$ 200.000,00																
• De 51 a 80 profissionais → Máximo de:	R\$ 200.000,00																
• VII – DADOS DE COBRANÇA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Prêmio Líquido</td> <td style="width: 16.6%;">Juros Fracionamento</td> <td style="width: 16.6%;">Custo de Apólice</td> <td style="width: 16.6%;">IOF</td> <td style="width: 16.6%;">Prêmio Total</td> <td style="width: 16.6%; background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>Banco</td> <td>Bloq./Cheque No.</td> <td>Bloq./Cheque – R\$</td> <td>Plano Pagto. () À v; () 1+3; () 1+6</td> <td>1ª Parcela – R\$</td> <td>Demais – R\$</td> </tr> </table>						Prêmio Líquido	Juros Fracionamento	Custo de Apólice	IOF	Prêmio Total		Banco	Bloq./Cheque No.	Bloq./Cheque – R\$	Plano Pagto. () À v; () 1+3; () 1+6	1ª Parcela – R\$	Demais – R\$
Prêmio Líquido	Juros Fracionamento	Custo de Apólice	IOF	Prêmio Total													
Banco	Bloq./Cheque No.	Bloq./Cheque – R\$	Plano Pagto. () À v; () 1+3; () 1+6	1ª Parcela – R\$	Demais – R\$												

• **VIII – DADOS DO CORRETOR**

Nome / Razão Social		Código Excelsior
Código SUSEP	Telefones	Colaborador

• **IX – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

• **X – DECLARAÇÕES DO PROPONENTE**

Declaro que estou ciente que este questionário está sujeito a análise para a confirmação da aceitação e que todas as informações, contidas na mesma, são verdadeiras, assumindo a responsabilidade pela sua exatidão.

Local e Data

Assinatura do Corretor

Assinatura do Proponente