

Formulário de apoio ao Corretor – Emissão Online Responsabilidade Civil Profissional - Riscos Médicos

Esse formulário é material de apoio ao corretor na comercialização dos seguros no Portal de Emissão Online da Fator Seguradora.

Não é necessário o envio desse documento à Seguradora para emissão da apólice.

Em caso de dúvidas, por favor enviar e-mail para: rc@fatorseguradora.com.br

SEGURADO

Jurídica

Física

Nome / Razão Social

CPF / CNPJ

Endereço

Nº

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

DDD

Telefone

e-mail

FATURAMENTO NOS ULTIMOS 12 MESES (UTILIZADO SOMENTE PARA SEGURADO PESSOA JURÍDICA)

R\$ 0,01 Até R\$ 100.000,00

R\$ 1.000.000,01 Até R\$ 2.000.000,00

R\$ 100.000,01 Até R\$ 250.000,00

R\$ 2.000.000,01 Até R\$ 3.000.000,00

R\$ 250.000,01 Até R\$ 500.000,00

R\$ 3.000.000,01 Até R\$ 4.000.000,00

R\$ 500.000,01 Até R\$ 1.000.000,00

R\$ 4.000.000,01 Até R\$ 5.000.000,00

LIMITE MAXIMO A SER GARANTIDO

R\$ 100.000,00

R\$ 800.000,00

R\$ 200.000,00

R\$ 900.000,00

R\$ 300.000,00

R\$ 1.000.000,00

R\$ 400.000,00

R\$ 2.000.000,00

R\$ 500.000,00

R\$ 3.000.000,00

R\$ 600.000,00

R\$ 4.000.000,00

R\$ 700.000,00

R\$ 5.000.000,00

IMPORTANTE:

Ao solicitar uma emissão via Portal, caso alguma das respostas abaixo seja “SIM”, a proposta será enviada para análise de Subscrição da Fator Seguradora, não sendo possível a aceitação e emissão da apólice de forma automática:

1. O proponente possui faturamento anual superior a R\$ 5.000.000,00? Se sim, justifique.

SIM

NÃO

2. O proponente tem conhecimento de alguma Reclamação ocorrida por falha na prestação dos serviços profissionais contra si ou contra qualquer de seus Sócios ou colaboradores? Se sim, justifique.

SIM

NÃO

3. O proponente tem conhecimento de algum fato que possa gerar uma Reclamação por falha na prestação dos serviços profissionais contra si ou contra qualquer de seus sócios ou colaboradores? Se sim, justifique.

SIM

NÃO

4. O proponente tem conhecimento de algum procedimento administrativo contra si ou contra qualquer de seus Sócios ou colaboradores? Se sim, justifique.

SIM

NÃO

5. O proponente realiza procedimentos estéticos? Se sim, justifique.

SIM

NÃO

6. Especificamente no caso de Clínicas Médicas, o proponente realiza procedimentos cirúrgicos? Se sim, justifique.

SIM

NÃO

NÃO SOU UMA CLÍNICA MÉDICA