**Questionário - Seguro de Responsabilidade para Gestão Empresarial (Gestão Protegida 360º)**

***Proposal Form - Management Liability Insurance (Private Edge)***



| **Dados Gerais do Proponente*****Proposer General Information*** |
| --- |
| 1. Nome do Proponente:

*Company name:* |  |
| 1. CNPJ:

*Company Register Number:* |  |
| 1. Endereço:

*Address:* |  |
| 1. Website:

*Website:* |  |
| 1. Data de início das atividades:

*Incorporation date:* |  |
| 1. Ramo de atividade:

*Business activity:* |  |
| 1. Composição do Capital Social do Proponente (indicar participação de cada acionista):

*Shareholder structure (indicate each shareholder participation):*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do acionista:*Shareholder / owner name:* |  |  |  |  |
| País de origem:*Country of Incorporation:* |  |  |  |  |
| % do controle:*% of company control:* |  |  |  |  |

  |
| 1. Listar as Sociedades Controladas às quais a Cobertura deva ser estendida:

*Indicate the Subsidiaries of the Company that coverage must be extended to:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome da Controlada:*Controlling Company name:* |  |  |  |  |
| Ramo de atividade:*Business activity:* |  |  |  |  |
| País de origem:*Country of incorporation:* |  |  |  |  |
| Participação (%):*Participation (%):* |  |  |  |  |
| Controlada (Sim/Não):*Controlling Company (Yes/No):* |  |  |  |  |

  |
| 1. Nos últimos 5 anos, ocorreu algum dos eventos abaixo?

*Has any of the following events happened in the last 5 years?*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Mudança na Razão Social? Se sim, favor informar.

*Has any of the following events happened in the last 5 years? If yes, please inform.* | [ ]  Sim [ ]  Não *Yes No* |
| 1. Mudança de Sócio Majoritário? Se sim, favor informar.

*Any change of the Major Shareholder? If yes, please inform.* | [ ]  Sim [ ]  Não *Yes No* |
| 1. Fusão, aquisição ou compra de participação em outra Sociedade? Se sim, favor informar.

*Any Merger, Acquisition or any Company Shares Acquisition? If yes, please inform.* | [ ]  Sim [ ]  Não *Yes No* |
| 1. Pedido de Falência, Concordata, Intervenção ou procedimento similar? Se sim, favor detalhar.

*Bankruptcy, intervention or similar proceeding? If yes, please inform.* | [ ]  Sim [ ]  Não *Yes No* |

  |
| 1. Com relação às Reclamações, por favor indicar se:

*In regards to the Claims history and Claims expectations, please indicate that:* |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Houve nos últimos cinco anos Demandas Judiciais ou Extrajudiciais contra a Sociedade? Se sim, favor detalhar.

*Legal proceedings or administrative proceedings, including inquiry, against the Entity? If yes, please inform.* |   *Yes No* |
| * 1. Ações Civis? | *Civil proceedings?*
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| * 1. Ações ou inquéritos criminais? | *Criminal proceedings or investigations?*
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| * 1. Ações tributárias ou consumeristas? | *Tax or consumer litigations?*
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| * 1. Ações trabalhistas ou previdenciárias? | *Labor or social security litigations?*
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| * 1. Quaisquer outras demandas judiciais ou extrajudiciais?

*Any other legal or administrative proceedings?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Demandas Judiciais ou Extrajudiciais, inclusive Inquéritos Administrativos, contra os Administradores atuais e / ou contra os Administradores de gestões anteriores? Se sim, favor detalhar:

*Legal proceedings or administrative proceedings, including inquiry, against the current Directors and Officers and / or against any former Directors and Officers? If yes, please inform.* | [ ]  Sim [ ]  Não  |
| 1. Há alguma expectativa quanto à ocorrência de demanda judicial ou extrajudicial contra os Administradores, relacionada aos seus Atos de Gestão. Se sim, favor detalhar:

*Is there any expectation of a Claim against the D&O’s. If yes, please inform.* | [ ]  Sim [ ]  Não |

 |
|  |

1. A Proponente e/ou suas Sociedades Controladas já foram, ou atualmente são, contratantes dos Seguros abaixo?

*Does the Company and/or its subsidiaries had bought or currently buy these insurances?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ramo de Seguro *(Insurance Line)*** | D&O | Práticas Trabalhistas Indevidas (*EPL insurance*) |
| 1. Seguradora:

*Insurance company:* |  |  |
| 1. Limite de Garantia:

*Limit of liability:* |  |  |
| 1. Data de vencimento ou cancelamento:

*Expiring Date or Canceling Date:* |  |  |
| 1. Indenizações pagas:

*Claims paid:* |  |  |

1. Com relação às operações financeiras:

*In regards to financial operations:*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. A Proponente e / ou suas Sociedades Controladas possuem alguma política formal de investimentos?

*Does the proposer and / or any of its Subsidiaries have any formal Investment Policies?* | [ ]  Sim [ ]  Não *Yes No* |
| 1. A Proponente e / ou suas Sociedades Controladas estão seguindo fielmente a política de investimentos nos últimos 5 anos?

*Have the Proposer and / or its Subsidiaries been following strictly the Investment Policies for the last 5 years?* | [ ]  Sim [ ]  Não *Yes No* |
| 1. A Proponente e / ou suas Sociedades Controladas possuem operações com derivativos? Caso positivo, as operações com Derivativos são exclusivamente para fins de proteção do patrimônio da companhia (operações de hedge)? Favor detalhar as operações caso não sejam exclusivamente para fins de proteção do patrimônio.

*Does the proposer and / or its Subsidiaries have any derivatives operations? If yes, are the derivative operations exclusively for hedging operations? Please, detail the operations if they are not exclusively hedging operations.* | [ ]  Sim [ ]  Não *Yes No* |
|  |  |
| 1. A Proponente e / ou suas Sociedades Controladas possuem qualquer relacionamento ou contrato firmado com o Governo, Órgãos Governamentais ou com empresas controladas pelo Governo, seja em âmbito municipal, estadual ou federal? Em caso afirmativo, favor detalhar: quais são as empresas, objetos dos contratos, duração e valores, bem como percentual da receita é proveniente desses contratos.

*Does the proposer and / or any of its Subsidiaries have any relationship or signed contract with Government, government agencies or provides services for the government, in scope municipal, state or federal? If yes, please inform and detail: which companies, the contracts objects, duration and values as well as percentage of the revenue comes from these contracts.* | [ ]  Sim [ ]  Não *Yes No* |

**Para a contratação da Cobertura Adicional de Práticas Trabalhistas Indevidas (EPL):**

1. Forneça o número atual de empregados a serviço da Proponente e de suas controladas por país (inclusive os membros do conselho de administração e do conselho executivo):

*List the number of employees working for the Company in each country (including Directors and Officers):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| País*Country* | Tempo integral*Full time* | Expediente parcial*Part time* | Temporários*Temps* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total |  |  |  |

1. Indicar à percentagem anual (%) de rotatividade de empregados dos últimos 3 anos. A taxa de rotatividade deve ser calculada dividindo o número de demissões durante o mês pelo número médio de empregados na folha de pagamento durante o mês e o resultado deve ser multiplicado por 12.

*Indicate the turnover of employees percentage of the last three years? Such percentage should be calculate by dividing the number of dismissed employees in the month by the number of employees on the payment list on the month and the result should be multiplied by 12.*

|  |  |
| --- | --- |
| Ano*Year* | % Rotatividade de empregados*Turnover of employees %* |
| 2014 | \_\_% |
| 2013 | \_\_% |
| 2012 | \_\_% |

1. Indicar a quantidade de rescisões ocorreu nos últimos 12 meses:

*Indicate how many rescissions had the Company over the last 12 months:*

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de rescisão*Type of rescission* | Nº de rescisões *Number of rescissions*  |
| Demissão Voluntária *Voluntary resignation*  |  |
| Demissão sem justa causa*Unfair dismissal* |  |
| Demissão com justa causa*Employee dismiss* |  |
| Abandono de Emprego*Abandonment of employment* |  |
| Afastamento por licença por Doença, Invalidez ou acidente de trabalho*Removal by sick leave, disability or accident at work*  |  |

1. Com relação aos Recursos Humanos: *Yes No*

*In regards to the Human Resources:*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Há departamento de Recursos Humanos? Se não, quem realiza as funções de RH?

*Is there a Human Resources department? If not, who does the RH functions?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Um questionário admissional é utilizado em todos os candidatos?

*Does the Company use an application form for all candidates?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. O Proponente segue uma política formal de orientações para novos empregados?

*Does the Company have a formal welcome program for new employees?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Há um Guia de Emprego com Código de Ética e Conduta?

*Is there an Employment Guide that provides Ethics and Conduct Code?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Há avaliação de desempenho por escrito de todos os empregados regularmente?

*Is there a regular performance assessment for all employees?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. O Proponente exige que as rescisões sejam supervisionadas pelo RH?

*Does the Human Resources Department supervise all rescissions?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Existe uma política escrita sobre o uso e conservação de dados eletrônicos, como por exemplo, e-mail, correio de voz, dados do computador, etc...?

*Is there a written policy about the use of electronic data like e-mail, voice mail or computer data?* | [ ]  Sim [ ]  Não |

1. A empresa mantém políticas de Conduta e Ética que contemplem os seguintes temas:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Discriminação no ambiente de trabalho?

*Workplace discrimination?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Assédio moral e sexual?

*Harassment (including sexual harassment)?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Desligamento de funcionários?

*Work termination?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Demissões coletivas?

*Lay-offs?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Os empregados são treinados com relação às questões acima?

*Are the employees aware of the questions above?* | [ ]  Sim [ ]  Não |

| 1. Houve demissões coletivas ou foram fechadas unidades nos últimos 12 meses?

*Were there any layoffs or any entity ceased in the last 12 months?* | [ ]  Sim [ ]  Não |
| --- | --- |
| 1. A proponente prevê a ocorrência de fusões e aquisições nos próximos 12 meses?

*Is the company considering any merger & acquisition in the next 12 months?* | [ ]  Sim [ ]  Não |

| **Limite de Cobertura Desejado*****Limit of Liability Required*** |
| --- |

[ ]  R$ 1.000.000,00

[ ]  R$ 2.000.000,00

[ ]  R$ 3.000.000,00

[ ]  R$ 5.000.000,00

[ ]  R$ 8.000.000,00

[ ]  R$ 10.000.000,00

[ ]  Outros (limitado a R$ 10.000.000):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **Documentos necessários para cotação do risco*****Documents to quote the risk*** |
| --- |

* Demonstrações Financeiras (Balanço e DRE) completas de 2012 e 2013 do Proponente e Subsidiárias;

*Financial information (balance sheet and income statement) for 2012 and 2013 of the Company and its Subsidiaries;*

* Demonstrações Financeiras parciais de 2014 do Proponente e Subsidiárias.

*Year to date (for 2014) Financial Information of the Company and its Subsidiaries.*

| **Declaração*****Declaration*** |
| --- |

Por favor, leia a seguinte declaração cuidadosamente e assine abaixo onde indicado. Se uma apólice for emitida, a declaração abaixo será incorporada nela e se tornará parte integrante de tal apólice.

*Please read the following statement carefully and sign below where indicated. If a policy is issued, the statement below will be incorporated in it and will become a part of such policy.*

Se uma apólice de seguro for emitida, é compreendido e acordado que para a concessão de cobertura a quaisquer dos Segurados, a Seguradora confiou nas declarações e informações contidas nesta proposta. Todas as tais declarações e informações são a base da cobertura e serão consideradas incorporado dentro e constituindo parte da apólice emitida. Com respeito a tais declarações e informações, nenhuma declaração feita ou conhecimento em poder de qualquer Segurado (diferente de conhecimento ou informações possuídas pelas pessoas que preencheram a presente proposta) será imputado a qualquer outro Segurado para determinar se cobertura está disponível para qualquer Reclamação feita contra tal outro Segurado.

*If a policy of insurance is issued, it is understood and agreed that in granting coverage to any of the Insureds, the Insurer has relied upon the declarations and statements in this application for coverage. All such declarations and statements are the basis of coverage and shall be considered incorporated in and constituting part of the policy, should one be issued. With respect to such declarations and statements, no statements made or knowledge possessed by any Insured (other than knowledge or information possessed by the people actually executing the application) shall be imputed to any other Insured to determine whether coverage is available for any Claim made against such other Insured.*

Os abaixo assinados reconhecem que têm conhecimento de que o Limite de Responsabilidade contido nesta apólice será reduzido e pode ser esvaziado completamente, pelos custos de defesa legal e, em tal evento, a Seguradora não será responsável pelos custos de defesa legal ou para o montante de qualquer julgamento ou ajuste que exceder o limite de Responsabilidade desta apólice.

*The undersigned authorized fiduciary hereby acknowledges that he / she is aware that the Limit of Liability contained in this policy shall be reduced, and may be completely exhausted, by the costs of legal defense and, in such event, the Insurer shall not be liable for the costs of legal defense or for the amount of any judgment or settlement to the extent that such exceeds the limit of liability of this policy.*

Os abaixo assinados reconhecem que nos custos de defesa legais incorridos será aplicada a franquia.

*The undersigned authorized fiduciary hereby further acknowledges that he / she is aware that legal defense costs that are incurred shall be applied against the retention amount.*

Os Proponentes abaixo-assinados declaram que as informações contidas neste formulário são verdadeiras. O abaixo assinado concorda que se as informações contidas nesta proposta sofrerem mudança entre a data desta proposta e a data efetiva do seguro, o Proponente (abaixo assinado) irá, para que a informação seja precisa na data efetiva do seguro, notificar imediatamente a seguradora de tal mudança e a seguradora poderá retirar ou poderá modificar qualquer cotação feita e / ou autorização ou acordo para a contratação do seguro.

*The undersigned authorized fiduciary of the applicant hereby declares that the statements set forth herein are true. The undersigned agrees that if the information supplied on this application changes between the date of this application and the effective date of the insurance, he / she (undersigned) will, in order for the information to be accurate on the effective date of the insurance, immediately notify the insurer of such changes and the insurer may withdraw or modify any outstanding quotations and / or authorization or agreement to bind the insurance.*

A assinatura desta proposta não obriga o Proponente, nem a obrigação de efetivação do seguro por parte da Seguradora, mas fica desde já acordado que esta proposta deverá ser a base do contrato caso a apólice venha a ser emitida, e lhe será anexada, passando a ser parte integrante da mesma.

*Signing of this application does not bind the applicant or the insurer to complete the insurance, but it is agreed that this application shall be the basis of the contract should a policy be issued, and it will be attached to and become part of the policy.*

Todos as declarações por escrito e materiais fornecidos à seguradora em conjunto com esta proposta serão incorporados à esta proposta e farão parte da mesma. Nada contido ou incorporado a esta proposta, constituirá aviso de um sinistro ou potencial sinistro para acionar a cobertura de qualquer contrato de seguro.

*All written statements and materials furnished to the insurer in conjunction with this application are hereby incorporated by reference into this application and made a part hereof. Nothing contained herein or incorporated herein by reference shall constitute notice of a claim or potential claim so as to trigger coverage under any contract of insurance.*

| Assinatura*Signature* | Nome e Cargo*Name and Title* | Local e Data*Place and Date* |
| --- | --- | --- |