



**QUESTIONÁRIO PARA O SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL  
PROFISSIONAL PARA MÉDICOS, DENTISTAS, PSICÓLOGOS,  
FISIOTERAPEUTAS E DEMAIS PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS.**

O objetivo deste questionário é analisar as atividades profissionais desenvolvidas pelo segurado. É importante preencher todos os campos pertinentes a sua empresa; caso contrário, registrar que o questionamento é "não aplicável" (N/A) à sua instituição. Qualquer campo em branco será interpretado como não aplicável.

Ainda, fica facultado à Seguradora solicitar documentos e informações complementares caso seja necessário. O preenchimento completo propicia condições mais adequadas.

**SEÇÃO 01 => INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO PROPONENTE**

**1.1 - Nome do proponente:**

CPF:

Data de nascimento:

Endereço residencial:

Principal Endereço Profissional:

Telefones/fax:

E-mail:

Inscrição profissional (CRM, CRO e similares):

Estado de emissão do órgão profissional:

**SEÇÃO 02 => CARACTERÍSTICAS GERAIS PROPONENTE**

**IMPORTANTE => Para as respostas abaixo, favor marcar com um "X" nos campos aplicáveis a sua atividade profissional. Algumas questões poderão ser aplicáveis a mais de uma opção. Nestes casos, marcar em todas as opções aplicáveis a sua atividade.**

**2.1 – Qual(is) a especialidade(s) do segurado?**

**2.2 - Informar a categoria de Instituição que o proponente presta serviço:**

	Público
	Privado
	Outros – Especificar:

**2.3 - Informar o tipo de Instituição que o proponente presta serviço:**

	Hospital Geral
	Hospital especializado
	Clinica especializada
	Laboratório
	Outros – Especificar:

**2.4 - Informar o tipo de atendimento prestado pelo proponente:**

	SUS
	Particular
	Convênios / Planos de Saúde
	Outros – Especificar:

**2.5 - Número de atendimentos realizados por ano (aproximadamente):**

Consultas	
Tratamentos	
Cirurgias	
Diagnósticos	
Partos	

**SEÇÃO 03 => Documentação e demais atividades de controle.**



Marcar com um "X" o que for aplicável

3.1	Documentação	SIM	NÃO
	As prescrições do médico são <b>escritas</b> e assinadas pelo próprio		
	Os dados do paciente ficam arquivados em papel		
	Qual o período que os documentos dos pacientes ficam arquivados? (em anos)		
3.2	Treinamentos	SIM	NÃO
	O proponente participa de treinamentos, seminários, cursos, pós-graduação ou outra atividade similar.		

**3.4 - Data de graduação do proponente:**

**3.5 - Instituição que o proponente se graduou:**

**3.6 - Fez ou faz residência. Se sim, informe a instituição:**

**SEÇÃO 04 => Histórico de Sinistros**

**Esta Seção é extremamente importante para a correta análise e a definição mais adequada do custo e condições do seguro. Portanto, é fundamental que o proponente preencha da forma mais completa possível os campos indicados abaixo.**

		SIM	NÃO
<b>4.1</b>	Existe(m) reclamação (ões) contra o proponente por dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços, em andamento.		
<b>4.2</b>	O proponente já sofreu reclamação (ões) por dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços, já encerrados.		
<b>4.3</b>	O proponente tem conhecimento de qualquer ato ou fato que possa gerar reclamação (ões) por dano(s) causado(s) pela prestação de seus serviços, no futuro		
<b>4.4</b>	O proponente foi sofreu reclamação (ões) ou ação disciplinar por qualquer autoridade fiscal de órgão oficial, conselhos e instituições.		
<b>4.5</b>	O proponente foi acusado de assédio sexual ou comportamento similar?		
<b>4.6</b>	O proponente sofreu ação criminal de qualquer natureza, mesmo que não relacionado à prática profissional?		
<b>4.7</b>	O proponente fez ou foi recomendado e/ou diagnosticado para se tratar de problemas relacionados a álcool, narcóticos ou substâncias similares?		
<b>4.8</b>	O proponente possui qualquer tipo de deficiência física?		

*Caso a resposta anterior seja "SIM", Favor descrever as informações solicitadas abaixo, somente no que se refere às reclamações decorrentes da prestação dos serviços médicos aos clientes, nos últimos 5 anos.*

*Caso seja necessário, favor utilizar as folhas no fim deste questionário para melhor descrição dos casos.*

Nome do autor da ação	
Nome do paciente	
Data da ocorrência	
Data da reclamação	
Situação (pendente/ encerrado)	
Ação Judicial => <b>S</b> - Sim <b>N</b> - Não	
Valor envolvido ou indenizado	
Data de encerramento	
Resumo da reclamação	



**SEÇÃO 06 => informações sobre a cotação**

**5.1 - LIMITES DE COBERTURA**

R\$

**5.2 - Vigência desejada\*:**

\*As vigências são sempre anuais.

\_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_

**5.3 - Foi recusada alguma proposta para seguro semelhante feita pelo proponente?** Em caso afirmativo, informar detalhes (nome da seguradora/ data da recusa e motivo alegado pela seguradora).

Sim  Não

**5.4 - Algum seguro foi cancelado ou teve sua renovação recusada?** Em caso afirmativo, informar detalhes (nome da seguradora/ data da recusa e motivo alegado pela seguradora).

Sim  Não

**O Proponente abaixo-assinado declara que todas as informações constantes neste questionário são verdadeiras.**

**Este questionário será parte integrante da apólice, caso o seguro seja efetivado.**

**O proponente reconhece que se as informações prestadas neste questionário, que serviram de base para a aceitação e definição dos custos e condições forem significativamente divergentes da realidade, o Segurado poderá sofrer as penalidades descritas nas condições gerais.**

**O Proponente deve notificar a Seguradora, o mais rápido possível, sobre qualquer alteração das informações contidas no questionário, ocorridas antes do início da vigência do seguro. Neste caso, a Seguradora poderá, a seu critério, modificar ou cancelar qualquer cotação anterior.**

**A Seguradora está autorizada a fazer qualquer investigação ou pergunta relacionada ao risco, na medida em que julgue necessário.**

\_\_\_\_\_

Local e Data

\_\_\_\_\_

Assinatura/nome