



QUESTIONÁRIO

*Responsabilidade Civil - Produtos
Contaminados*

www.axeinsurance.com.br



QUESTIONÁRIO SEGURO Responsabilidade Civil - Produtos Contaminados

DEVER DE INFORMAÇÕES

O Questionário de Avaliação do Risco é uma série de perguntas que a seguradora faz para definir o perfil do segurado e, desta forma, poder avaliar melhor o risco que ela irá assumir, o que tende a impactar positiva ou negativamente no valor do prêmio a ser pago, de acordo com os critérios de avaliação de risco de cada seguradora.

É dever do Segurado prestar informações verídicas e atuais e não omitir circunstâncias que possam influenciar na aceitação do risco. Poderá haver perda do direito de receber indenização em caso de sinistro, além de ficar obrigado a pagar o prêmio vencido, conforme disposto no artigo nº 766 da Lei nº 10.406/2002 (Código Civil).

Se eventualmente as informações fornecidas sofrerem alteração ao longo da vigência da apólice, o segurado deve comunicar a alteração para, se necessário, fazer o endosso, evitando assim o risco de ficar sem cobertura, em caso de sinistro.



QUESTIONÁRIO SEGURO Responsabilidade Civil - Produtos Contaminados

ATENÇÃO: Devem ser revelados neste questionário de forma integral e com a maior fidelidade possível, todos os fatos que a empresa tem ou deveria ter conhecimento, caso contrário, a apólice emitida baseada nestas informações, pode ter sua cobertura negada e/ou anulada. As coberturas aqui solicitadas não devem ser interpretadas como aceitação automática e/ou compromisso por parte da Seguradora, a menos que, a mesma conste na apólice após as tratativas e aceitação por parte do Segurado. Os anexos solicitados no questionário são partes imprescindíveis para análise e devem ser enviados junto a este documento.

01. INFORMAÇÕES GERAIS

Nome do Proponente	
Endereço(s)	
Detalhes das empresas a serem seguradas com uma indicação do tipo de subsidiárias	
Website	
Tipo de Produto	<input type="checkbox"/> Pães, Biscoitos e Similares; <input type="checkbox"/> Carnes, Peixes e Similares; <input type="checkbox"/> Bebidas; <input type="checkbox"/> Salgadinhos, Snacks, Oleaginosas e Similares; <input type="checkbox"/> Laticínios; <input type="checkbox"/> Frutas, Verduras e Similares (Inclui Congelados, Sumos, Concentrados, etc); <input type="checkbox"/> Outros (Detalhar):
Atividade	<input type="checkbox"/> Fabricante / Produtor <input type="checkbox"/> Distribuidor / Comerciante
Número de fábricas de produção	



Número de Empregados	
----------------------	--

02. VENDAS:

	ANO	R\$
Faturamento Bruto Anual Últimos 05 Anos (R\$)		R\$
		R\$
Divisão do Faturamento Último Ano Fiscal (%)	Território Nacional (%)	Exportações (%)
Mercados de Exportação Último Ano Fiscal (%)	Regiões	% do Faturamento
	Estados Unidos e Canadá	
	Europa	
	Ásia	
	Japão e Oceania	
	América Latina	
Volume de venda da maior fábrica de produção	R\$	

03. INFORMAÇÕES SOBRE OS PRODUTOS:

Algum dos produtos fabricados é comercializado sob outras marcas ou possui etiqueta de outras empresas? Em caso positivo, informe detalhes	
Algum novo produto foi lançado no mercado nos últimos 12 meses? Em caso positivo, informe detalhes	
Algum dos produtos comercializados é fabricado por terceiros? Em caso positivo, informe detalhes	



04. INFORMAÇÕES SOBRE OS 03 PRINCIPAIS PRODUTOS:

	Produto 01	Produto 02	Produto 03
Nome			
Tipo			
É um produto acabado?			
É um ingrediente de outro produto?			
Prazo de validade			
Tipo de embalagem (favor especificar)			
A produção anual (R\$)			
Produção diária (R\$)			
Produção diária (Unidades)			
Localização das fábricas onde o produto é produzido			
Número de linhas de produção			
País em que é vendido			
Valor ou tamanho de maior lote			
Valor ou tamanho de lote médio			

05. CONTROLE DE QUALIDADE, SEGURANÇA & APPCC (HACCP)

Possui Programa de Garantia de Qualidade por escrito? (anexar cópia mais recente)	() Sim () Não
Possui HACCP para todos os produtos? (anexar cópia do fluxo do HACCP)	() Sim () Não
Data da Última atualização do HACCP	DD/MM/AAAA :
Cumpre com os 07 princípios do HACCP?	() Sim () Não
Data da última inspeção pelos órgãos reguladores (anexar cópia do relatório)	DD/MM/AAAA:
Você trabalha com alergênicos conhecidos?	() Sim () Não Em caso positivo, informe detalhes:



Nome e título da pessoa responsável pelo HACCP	
Esta é uma pessoa dedicada para esse trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe detalhes:
Qualificações de altos funcionários do Controle de Qualidade e HACCP	
As auditorias de alimentos são realizadas por terceiros credenciados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe detalhes:
Frequência das auditorias externas de segurança	
As auditorias de alimentos são realizadas em todas as fábricas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe detalhes:
Detalhes de qualquer recomendação importante que não tenha sido executada	
É exigido que os seus fornecedores cumpram com o HACCP?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso negativo, informe detalhes:
Quais medidas são tomadas para determinar a qualidade e normas de segurança dos seus fornecedores? (ex: auditorias de segurança, inspeção sanitária e etc.)	
Quem é a pessoa responsável pela decisão de aprovar ou não um fornecedor?	
Laboratório de testes	<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Externo



Detalhes sobre o Laboratório de testes	Nome do Laboratório	
	Endereço	
	Aberto 24h	() Sim () Não
	Certificação ISSO	() Sim () Não
	Período de retenção antes do embarque	() Sim () Não
	“libertação positiva”	() Sim () Não
	Quarentena de entrada	() Sim () Não
	Certificados de conformidade de produto	() Sim () Não
Os rótulos de produtos são controlados?	() Sim () Não Em caso positivo, indicar a periodicidade e os responsáveis:	
Recepção e acompanhamento das reclamações dos clientes	() Sim () Não Em caso positivo, informe os detalhes:	

06. ENSAIO DO PRODUTO

Tipo de Ensaio do Produto	MATÉRIAS PRIMAS	EM LINHA	NO FIM DA LINHA
MICROBIOLÓGICO			
RAIO-X			
DETECTOR DE METAIS			
FÍSICO			
QUÍMICO			



07. PROCEDIMENTOS GERAIS:

Tem acordos limitados com seus fornecedores de matérias-primas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe os detalhes:
Houve algum tipo de greve, conflito, piquete, suspensão de atividades e/ou fechamento de fábricas nos últimos 03 anos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe os detalhes:
A companhia tem sido um alvo direto de políticos, ambientalistas ou outros extremistas de interesse especial?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe os detalhes:
A companhia executa ou paga para a experimentação animal de produtos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe os detalhes:
A companhia realiza operações de importação ou exportação para países voláteis (por exemplo, o Irã) ou realiza outras atividades que podem torná-la um alvo de grupos extremistas ou de interesse especial?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe os detalhes:



08. GRAU DE PREPARAÇÃO PARA UM RECALL

Os produtos têm um plano de recall estabelecido?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data da última atualização	DD/MM/AAAA:
Efetua simulação de recall?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data da última simulação	DD/MM/AAAA:
Tem um plano de Crise Contingência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data da última atualização	DD/MM/AAAA:
Usa um sistema de codificação de lote?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe detalhes:
Mantém registros de suas remessas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quem pode iniciar um recall de produtos?	
Lista de pessoas e lugares, que fazem parte da equipe de recall:	
Custos estimados para:	(a) Recolhimento da marca principal: R\$ (b) Os custos de destruição dos produtos recolhidos da marca principal: R\$ (c) Redistribuição de produtos da marca principal: R\$
Comentários ou reclamação de qualquer serviço público no que diz respeito aos seus produtos ou estabelecimentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe detalhes:



9. HISTÓRICO DE RECLAMAÇÕES/SINISTROS (CONSIDERAR OS ÚLTIMOS 10 ANOS):

Divisão e Produto	
Motivo para Recall	
Data de Recall	
Método de Recall utilizado	
Custo de Recall	
Contratos foram perdidos como consequência da retirada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe detalhes:

10. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

A companhia tem conhecimento da adulteração real, envolvendo suspeita ou ameaça de quaisquer dos seus produtos, durante os últimos doze meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe detalhes:
Tem conhecimento sobre algum ato específico que pode ser razoavelmente esperado de tornar-se uma reclamação da apólice proposta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, informe detalhes:
Contatos da pessoa que pode ser acionada pelos consultores aprovados da seguradora para os serviços de pré-incidente	



DECLARAÇÃO

Declaro, sob pena de aplicação das sanções previstas no Código Civil Brasileiro, que as informações contidas neste questionário são completas e verdadeiras. Declaro também entender ser necessário informar imediatamente a seguradora caso as informações prestadas neste questionário sofram quaisquer alterações, compreendendo que neste caso, a seguradora poderá retirar ou modificar quaisquer cotações, propostas, ou formalizações de cobertura securitária eventualmente feitas.

ASSINATURA E DATA:

ANEXOS:

Favor anexar ao questionário:

- ✓ Manual de Recall;
- ✓ Programa de Gestão de Crise;
- ✓ Programa APPCC (HACCP);
- ✓ Quadro de fluxo APPCC (HACCP);
- ✓ Sistemas Similares;
- ✓ Auditorias Internas.