

Questionário de Responsabilidade Civil Profissional

SOCIEDADES DE ADVOGADOS

**AVISO IMPORTANTE**

Por favor leia atentamente as seguintes instruções antes de preencher o questionário.

A sua **Apólice** de Responsabilidade Civil Profissional será emitida com base no modelo de **reclamações (Claims made)**. Isto significa que a sua **Apólice** responde por:

1. Reclamações que se formulem contra o **Segurado**, pela primeira vez, durante o **Período de Seguro** e sejam participadas ao **Segurador**, durante o referido **Período de Seguro**, sempre que o **Segurado** não tenha tido conhecimento, em n momento anterior à celebração da pretendida apólice que pudesse dar lugar a uma **Reclamação**.

e

2. O Segurador não será responsável, ao abrigo desta **Apólice**, de **Reclamações** que ocorram em data posterior ao vencimento do **Período de Seguro**, mesmo que o evento que tenha dado lugar à reclamação tenha ocorrido durante a vigência da **Apólice**.

Ao preencher o questionário, declara que fornece informações completas e detalhadas sobre as circunstâncias que sejam conhecidas pelo **Segurado** e que eventualmente possam dar lugar a uma **Reclamação**.

O questionário deverá ser preenchido e assinado por uma pessoa que esteja legalmente capacitada e autorizada para solicitar o seguro de responsabilidade civil profissional para a sociedade de advogados.

Este questionário não obriga a contratação do seguro mas ficará a fazer parte integrante de qualquer contrato de Seguro que se venha a emitir em seu resultado..

É imprescindível responder a todas as questões deste questionário.

1. DADOS GERAIS

Tomador da Apólice _____

N.I.F. ou NIPC _____

Sede _____

Código Postal _____ Localidade _____

Telefone _____ Data de constituição da Sociedade _____

Nome completo e em que qualidade da pessoa que assina o presente questionário _____

2. ACTIVIDADE

ACTIVIDADE RELACIONADA COM:	%	FATURAÇÃO DO ÚLTIMO EXERCÍCIO FECHADO	ESTIMATIVA DE FATURAÇÃO DO EXERCÍCIO EM CURSO
Fusões e Aquisições. Emissões Públicas de Valores Mobiliários	_____	_____	_____
Direito Bancário, de Mercado de Valores Mobiliários e Seguros	_____	_____	_____
Direito Tributário	_____	_____	_____
Direito Laboral	_____	_____	_____
Direito Comercial e Societário	_____	_____	_____
Direito da Propriedade Industrial e Intelectual	_____	_____	_____
Direito Marítimo	_____	_____	_____
Direito Processual e Arbitral	_____	_____	_____
Direito Imobiliário	_____	_____	_____
Direito Administrativo	_____	_____	_____
Direito Urbanístico	_____	_____	_____
Direito Comunitário e da Concorrência	_____	_____	_____
Direito das Novas Tecnologias, Telecomunicações e Media	_____	_____	_____
Direito Ambiental	_____	_____	_____
Outras áreas de Direito não especificadas	_____	_____	_____

3. CONTROLO E SUPERVISÃO

3.1. Sistema de calendário / datas limite (*docket/deadline system*) ????

a. O proponente tem um sistema de planificação com pelo menos dois controlos de datas independentes?

Sim ☐ (descreva o sistema) Não ☐

b. Quem é responsável pelos sistemas independentes e com que frequência são submetidos a uma verificação recíproca?

c. A totalidade dos lançamentos no calendário ??? do sistema são comunicados a todos os advogados ou departamentos responsáveis?

Sim ☐

Não ☐

3.2. Interesses exteriores / Interesses incompatíveis / Procedimentos administrativos

a. Algum dos advogados da sociedade exerce as funções de administrador, gerente, fideicomissário, consultor, empregado ou sócio em organizações empresariais fora da sociedade, ou exerce qualquer controlo de administração fiduciária sobre as mesmas?

Em caso afirmativo, indique o nome do advogado, o nome da organização, a natureza dos negócios da organização, a função que exerce e se a organização é cliente da sociedade ou não. (Se necessário, forneça dados em anexo).

NOME DO ADVOGADO	NOME DA ORGANIZAÇÃO	NATUREZA DO NEGÓCIO	FUNÇÃO EXERCIDA	% NA SOCIEDADE	CLIENTE? S/N

b. O proponente tem um sistema para análise de conflitos de interesses?

Sim ☐ (descreva o sistema) Não ☐

c. O proponente usa cartas de compromisso quando aceita ou recusa um cliente?

Sim ☐Não ☐

d. Os honorários contingentes ?? são apresentados por escrito e assinados pelo cliente?

Sim ☐Não ☐

3.3. Formação / Supervisão

a. Quantos advogados participaram num programa oficial de formação contínua de pelo menos sete horas durante o último ano?

b. O proponente tem algum programa de formação para novos advogados admitidos?

Sim ☐Não ☐

c. Todos os advogados estagiários estão sob supervisão directa dos advogados Sócios ou Associados?

Sim ☐Não ☐

INFORMAÇÃO ADICIONAL

4.1. Realiza trabalhos fora da União Europeia? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, realiza trabalhos nos Estados Unidos / Canadá? Sim ☐ Não ☐

4.2. Possui alguma filial, subsidiária ou sociedade participada num qualquer outro país ou território para o qual pretenda seguro / cobertura?

Sim ☐Não ☐

Em caso de resposta afirmativa, por favor forneça informação sobre quais os países/territórios, sobre a operação nesses territórios, nomeadamente faturação total por território, faturação por cada área de negócio no território, regime/relação da sociedade local com o proponente deste seguro, n.º de Sócios/Advogados/Empregados por território, informação sobre eventuais trabalhos efectuados a partir desses países/territórios para fora dos mesmos (incluindo E.U.A. e Canadá), qual o limite de indemnização pretendido por território e detalhes de eventuais reclamações apresentadas nesses territórios.

Se necessário juntar documento com esta informação ou preencher um questionário para cada país/território.

4.3. Foi feita alguma reclamação por negligência, erro ou omissão profissional nos últimos 5 anos?

Sim ☐

Não ☐

Em caso de resposta afirmativa, por favor forneça informação sobre o valor reclamado, reservas pendentes?? e pagamentos efectuados, assim como uma descrição dos factos que originaram a reclamação.

4.4. Tem conhecimento (e/ou os sócios/associados) de qualquer circunstância ou factos que possam dar lugar a uma reclamação?

Sim ☐

Não ☐

4.5. Tem actualmente Seguro de Responsabilidade Civil Profissional?

Sim ☐

Não ☐

Em caso afirmativo, por favor especifique:

- Nome do Segurador:
- Limite de indemnização:
- Prémio:
- Franquia:
- Data de vencimento da Apólice:
- Data retroactiva da Apólice:

4.6. Indique o (s) limite (s) de indemnização sobre o qual (ais) deseja receber cotação:

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| a) 50.000€ <input type="checkbox"/> | d) 250.000€ <input type="checkbox"/> | g) 1.200.000€ <input type="checkbox"/> | j) 5.000.000 € <input type="checkbox"/> |
| b) 100.000€ <input type="checkbox"/> | e) 300.000€ <input type="checkbox"/> | h) 1.800.000€ <input type="checkbox"/> | k) Outros _____ |
| c) 150.000€ <input type="checkbox"/> | f) 600.000€ <input type="checkbox"/> | i) 3.000.000€ <input type="checkbox"/> | |

5. Informação sobre os empregados

- Número Total Empregados: _____
- Número de Sócios: _____
- Número de Advogados: _____
- Número de Advogados estagiários: _____

Declaração

O signatário/proponente declara, em seu nome e no da Sociedade que representa, que as declarações contidas neste questionário são verdadeiras, informadas, esclarecidas e completas.

Mais declara que foi devidamente autorizado pela Sociedade para actuar como seu representante em relação aos assuntos que tenham relação direta com o introduzido neste documento e com a Apólice que venha a resultar do mesmo.

O signatário/proponente compromete-se a informar, num prazo máximo de 5 dias após o conhecimento dos factos e por escrito, de qualquer alteração relevante que se verifique quanto à(s) informação(ões) descrita(s) no presente documento.

A assinatura deste documento não obriga o signatário/proponente, nem a Sociedade representada, a contratarem o seguro. Fica, porém acordado que este documento, juntamente com qualquer outra informação fornecida, se anexará e ficará a fazer parte integrante da Apólice, formando, dessa forma e no seu conjunto, a base do contrato de seguro.

Assinatura _____

Cargo _____

Sociedade _____

Data (dia, mês, ano) _____

É importante que o signatário desta declaração tenha pleno conhecimento do âmbito da cobertura em causa para que as questões sejam correctamente respondidas, assumindo a responsabilidade exclusiva pelo seu teor.

Contactos

Correio eletrónico: oa.seguros@aon.pt

Morada: A/C Aon Portugal, S.A.,
Avenida da Liberdade, 249, 2º, 1250-143 Lisboa

Fax: 210 044 705