

## SOCIEDADE DE ADVOGADOS

### Questionário de Responsabilidade Civil Profissional

**LEIA ATENTAMENTE AS SEGUINTE 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 formem 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 nenhum momento anterior à celebração da pretendida apólice que pudesse dar lugar a uma Reclamação;
2. O Segurador não será responsável, ao abrigo desta Apólice, de Reclamações que ocorram em data posterior ao vencimento do Período de Seguro, excepto se houver lugar à aplicação do período suplementar de reclamação e apenas para eventos 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 à 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.

#### **PREENCHIMENTO ELECTRÓNICO OBRIGATÓRIO**

##### **1. DADOS GERAIS**

Tomador da Apólice: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.I.F. ou NIPC: \_\_\_\_\_ Data de Constituição da Sociedade: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Correio Electrónico: \_\_\_\_\_

Nome completo da Pessoa que assina o presente Questionário:

\_\_\_\_\_

## PREENCHIMENTO ELECTRÓNICO OBRIGATÓRIO

### 2. ATIVIDADE

Todos os campos do quadro abaixo são de preenchimento obrigatório, pelo que, o seu não preenchimento poderá invalidar a sua análise

ATIVIDADE 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

---



---



---

**PREENCHIMENTO ELECTRÓNICO OBRIGATÓRIO**

- 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  (descreva o sistema)      NÃO

---

---

---

**3.2. Interesses exteriores / Interesses incompatíveis / Procedimentos administrativos**

- d. 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).

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

## PREENCHIMENTO ELECTRÓNICO OBRIGATÓRIO

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

SIM  (descreva o sistema)      NÃO

---

---

---

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

SIM  (descreva o sistema)      NÃO

---

---

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

SIM  (descreva o sistema)      NÃO

---

---

---

### 3.3. Formação / Supervisão

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

---

---

---

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

SIM       NÃO

**PREENCHIMENTO ELECTRÓNICO OBRIGATÓRIO**

- j. Todos os advogados estagiários estão sob supervisão direta dos advogados Sócios ou Associados?

SIM  NÃO

**4. INFORMAÇÃO ADICIONAL**

- 4.1. Realiza trabalhos fora da União Europeia? SIM  NÃO   
Se SIM, 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

Se SIM e caso pretenda que a apólice tenha cobertura fora da União Europeia:

Quais os Países / Territórios em que realiza trabalhos: \_\_\_\_\_

Estimativa / Projeção de faturação total para as próximas 3 anuidades: \_\_\_\_\_

Estimativa de faturação para as próximas 3 anuidades referente aos trabalhos realizados fora da União Europeia (indicar estimativa para os EUA e Canadá caso sejam realizados trabalhos nestes países) \_\_\_\_\_

Detalhar as áreas de prática (Ramos de Direito) exercidas fora da União Europeia

\_\_\_\_\_

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

SIM  NÃO

Se SIM forneça informação sobre o valor reclamado, reservas pendentes e pagamentos efetuados, assim como uma descrição dos factos que originaram a reclamação.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO ELECTRÓNICO OBRIGATÓRIO**

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

SIM  NÃO

Se SIM, indique o nome do possível reclamante, o valor da possível reclamação e a descrição dos factos que podem dar origem à reclamação:

---

---

---

---

---

4.5. Informação sobre os empregados:

Número Total de Empregados: \_\_\_\_\_

Número de Sócios: \_\_\_\_\_

Número de Advogados: \_\_\_\_\_

Número de Advogados Estagiários: \_\_\_\_\_

4.6. Tem atualmente Seguro de Responsabilidade Civil Profissional?

SIM  NÃO

Se SIM, especifique:

Nome do Segurador \_\_\_\_\_

Limite de indemnização: \_\_\_\_\_

Prémio: \_\_\_\_\_

Franquia: \_\_\_\_\_

Data de vencimento da Apólice: \_\_\_\_\_

Data retroativa da Apólice: \_\_\_\_\_

## PREENCHIMENTO ELECTRÓNICO OBRIGATÓRIO

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

250.000€

300.000€

600.000€

1.200.000€

As Sociedades de Advogados que pretendam beneficiar do regime de Responsabilidade Limitada, para além de o consagrarem na denominação social, terão que proceder à contratação de um limite de indemnização não inferior a EUR 250.000 por sinistro e agregado, conforme resulta do estatuído pela articulação do art.º 104º com o art.º 213º/nº 14 do Estatuto da Ordem dos Advogados.

## 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 atuar 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 corretamente respondidas, assumindo a responsabilidade exclusiva pelo seu teor.