

# Transporte Nacional

## Questionário Para Análise De Risco



Por favor, enviar o questionário preenchido e assinado via e-mail ou correio a:

E-mail: [Capitalbr@ups.com](mailto:Capitalbr@ups.com)

**Correio:**

UPS Capital Corretora de Seguros Ltda.

Rua Pedro Taques, 77

Consolação, SP 01415-010

Atenção: UPS Capital Corretora – Seguro de Carga

Contate-nos a [Capitalbr@ups.com](mailto:Capitalbr@ups.com) ou a 0800 707 9404 para mais informações.

### Dados do Cliente

Razão Social	
Data de início das operações	
CNPJ	
Endereço	
Telefone	
Ramo de Atividade	
Corretora	UPS Capital Corretora de Seguros Ltda.

### Informar as principais mercadorias transportadas

Mercadorias	Embalagens	Container	%	Mercadorias	Embalagens	Container	%
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

# Transporte Nacional

## Questionário Para Análise De Risco



Mercadorias	Percurso (Origem e Destino)	Meios de Transporte			%
		Aéreo	Marítimo	Terrestre	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Valores transportados nos últimos 6 meses

Mês / Ano	Valor	Mês / Ano	Valor

Previsão de movimentação para os próximos 12 meses

--

### Embarques

Valor médio por veículo/viagem	
Valor máximo por veículo/viagem	
Nº. médio de embarques/mês	
Limite pretendido	
Composição da mercadoria no veículo transportador	<input type="checkbox"/> Carga à granel
	<input type="checkbox"/> Carga fechada
	<input type="checkbox"/> Carga fracionada, quais mercadorias? _____

# Transporte Nacional

## Questionário Para Análise De Risco



Frota	Quantidade	Características (Tipos e idades)
<input type="checkbox"/> Veículos próprios		
<input type="checkbox"/> Transportadora (com frota própria)		
<input type="checkbox"/> Transportadora (com uso de autônomos)		

### Relacionar as Transportadoras

Nome completo da Transportadora	CNPJ	%

### Gerenciamento de Risco

**Possui instalado nos veículos algum tipo de sistema de rastreamento?**     Sim     Não

<p><b>Modelo</b></p> <p><input type="checkbox"/> AUTOTRAC - (Satélite OBC 2/3/4 Calibrado / Celular)</p> <p><input type="checkbox"/> CONTROLLOC (GSM / TOTAL)</p> <p><input type="checkbox"/> CONTROLSAT (Ômega 16 ou superior / DUAL / CONTROLCELL)</p> <p><input type="checkbox"/> GET (TRACESAT)</p> <p><input type="checkbox"/> ITURAN (RF / GPRS)</p> <p><input type="checkbox"/> JABURSAT (II / III)</p> <p><input type="checkbox"/> OMNILINK (RI 1450 / RI 1460 MAX)</p> <p><input type="checkbox"/> RODOSIS (Sis 404 / Flex), SASCARGA</p> <p><input type="checkbox"/> STI (STI Sat II)</p> <p><input type="checkbox"/> OUTRO <b>Qual?</b> _____</p>	<p><b>Sensores</b></p> <p><input type="checkbox"/> Proteção da Antena                      <input type="checkbox"/> Carona</p> <p><input type="checkbox"/> Desengate                                      <input type="checkbox"/> Ignição; Velocidade</p> <p><input type="checkbox"/> Botão de Pânico                              <input type="checkbox"/> Da Porta do Baú</p> <p><b>Atuadores</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sirene    <input type="checkbox"/> Bloqueia Veículo</p> <p><input type="checkbox"/> Trava do Baú                                      <input type="checkbox"/> Teclado</p>
<p><b>Possui alguma empresa contratada para efetuar o gerenciamento de risco?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim, <b>Qual?</b> _____</p>	

# Transporte Nacional

## Questionário Para Análise De Risco



Quais os sinistros ocorridos nos últimos 24 meses (mesmo que não contratasse seguro), especificando, por evento

Valor do Embarque	Valor do Prejuízo	Causa do Sinistro	Data da ocorrência	Transportadora envolvida

Seguradora Atual	Vencimento	Possui algum benefício tarifário (Qual)

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e autorizo a seguradora a realizar qualquer pesquisa que julgar necessária para apuração dos dados aqui contidos. Estou ciente que a simples apresentação deste questionário junto à seguradora não representa a aceitação do Seguro e sim o estudo a ser realizado pela mesma, porém, uma vez recebida às condições para efetivação do seguro, o mesmo fará parte integrante e inseparável da apólice emitida.

Declaro também estar ciente que, na eventualidade de qualquer sinistro este questionário e as informações aqui contidas serão utilizadas como referência à regulação e liberação do sinistro.

Local e Data	
Carimbo e Assinatura	