

Nº do Instituidor

Nome do Instituidor

Nº da Proposta

101482260

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente		CPF do Proponente		<input checked="" type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	
Thales Sousa Lamac de Carvalho		098.431.906-26			
Natureza do Doc. Identificação	Número	Órgão Expedidor	Data de Expedição		
RG	0167584456	SSP-MG	02/08/97		
Data de Nascimento	Naturalidade	Nacionalidade	Idade	Sexo	
09/01/81	Bento Antonio do	Brasileiro	35	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	
Estado Civil	Nome do Cônjuge				
<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo	Maria Julia Lora Lamac Vieira Cunha				
Ocupação Principal	É pessoa politicamente exposta? ¹				
Medico	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar:				
Renda Mensal	Endereço Residencial				
15.000,00	Rua Cassipore, 53 - Ap 101				
Bairro	Cidade	UF	CEP		
Anchieta	BH	MG	30310-430		
DDD	Telefone 1	Telefone 2	Endereço Comercial		
Bairro	Cidade	UF	CEP		
DDD	Telefone 1	Telefone 2	E-mail		
31	993373773	9	ThalesLamac@hotmail.com		
Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade)			CPF do Representante Legal		

Filiação	Endereço para Correspondência
Evaldo Lamac de Carvalho Maria G. Sousa Lamac de	<input checked="" type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial

¹Pessoas politicamente expostas: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos último 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares de primeiro grau, e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definido na IN MPS nº 26/2008 e Circular SUSEP nº 380/2008.

PLANO DE BENEFÍCIOS

Benefício	Idade para Entrada em Benefício	Valor da Contribuição (1)
APOSENTADORIA PROGRAMADA	65 anos	R\$ 200,00
Tributação	Rubrica	Taxa de Administração do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC.
<input type="checkbox"/> Alíquotas Progressivas		
<input checked="" type="checkbox"/> Alíquotas Regressivas		
Plano aprovado pelo MPS, processo nº 44.000.002136/09-76 sob o comando nº 336622256 e juntada nº 337088828.		
Inscrição do plano no CNPB nº 2009.0024-74.		

BENEFICIÁRIOS DO PLANO (inexistindo indicação de beneficiários, será observado o art. 792 do Código Civil)

Nome Completo	Data de Nascimento	Parentesco*	Participação
Maria Julia Lamac Vieira Cunha	28/09/88	C	100%

*A - Avô(ô); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum

PARCELA ADICIONAL DE RISCO

Benefício	Nº Processo SUSEP	Valor do Pecúlio	Valor da Contribuição
PECÚLIO POR MORTE	15.414.000077/2005-16	R\$ 215.969,73	R\$ 230,00
PECÚLIO POR INVALIDEZ	15.414.000078/2005-52	R\$ 863.436,12	R\$ 70,00
Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A.		Total da Parcela	
CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30%		Adicional de Risco (2)	R\$ 300,00

O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de julho, pela variação do INPC e em função da nova idade atingida pelo participante.

O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para sua comercialização.

DADOS PARA PAGAMENTO

Dia do Vencimento	Total da Contribuição - R\$ (1+2)	<input type="checkbox"/> Débito em Conta <input checked="" type="checkbox"/> Boleto Bancário
15	500,00	
Nome do Correntista (em caso de débito em conta)		CPF do Correntista
Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência
		Nº da Conta Corrente
Autorização de débito em conta no verso da 2ª via.		

A aceitação estará sujeita à análise do risco e a MONGERAL AEGON tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela MONGERAL AEGON no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, o valor aportado será devolvido, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

PARA USO DA MONGERAL AEGON

Nome do Proponente <u>Thales Sousa Lemos de Carvalho</u>			CPF <u>099.431.906-26</u>	Código do Órgão <u>211050</u>	A partir de <u>26/10/16</u>
Convênio Adesão <u>AD1097</u>	Ação de Marketing <u>1376</u>	Alternativa <u>01</u>	Sucursal <u>F61</u>	Diretor Regional <u>16057571</u>	Gerente de Sucursal <u>3002831</u>
Gerente Comercial <u>32000269</u>	Agente <u>27002340</u>	Corretor 1 <u>08002837</u>	Corretor 2		

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor <u>Thales Sousa Lemos de Carvalho</u>	Código SUSEP <u>1020135718</u>	Assinatura
---	-----------------------------------	----------------

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaração Pessoal de Saúde (nunca deve ser assinada em branco.)

1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de medicamento atualmente? Especificar.	<u>Não</u>
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.	<u>Não</u>
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.	<u>Não</u>
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.	<u>Não</u>
5. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, inclusive biópsia ou punção, ou esteve internado em regime hospitalar para tratamento médico nos últimos 5 anos? Especificar.	<u>Não</u>
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.	<u>Não</u>
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.	<u>Não</u>
8. É portador(a) do vírus HIV?	<u>Não</u>
9. Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?	<u>Não</u>
10. É fumante? Qual a quantidade média de cigarros por dia?	<u>Não</u>
11. Indique seu peso e altura.	<u>80</u> kg <u>1,74</u> m
12. Pratica pára-quedismo, motociclismo, boxe, asa-delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Especificar.	<u>Não</u>

Declaro ter recebido o exemplar do estatuto da SBOTPrev e do regulamento do plano SBOTPrev, bem como o material explicativo sobre o referido plano. Declaro também que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos dos regulamentos dos planos de pecúlio, contratados pela SBOTPrev na MONGERAL AEGON, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a SBOTPrev, o que não poderá ser alterado. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão será da SBOTPrev. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos, sabendo, desde já, que a aceitação dos planos de risco está sujeita à análise do risco. Declaro, ainda, que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e ciente estou de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art. 766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inverdades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à MONGERAL AEGON informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional. Comprometo-me a informar à SBOTPrev a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após a assinatura da proposta, durante a vigência do plano, conforme os termos definidos na IN MPS nº 26/2008 e na Circular SUSEP nº 380/2008.

Thales Sousa Lemos de Carvalho 14/04/16

Local e Data

Thales Sousa Lemos de Carvalho
Assinatura do Proponente ou Representante Legal

PARA USO DA SBOTPrev

Conferido em	Visto
--------------	-------

De acordo com a solicitação do proponente.

Local e Data

Assinatura do Representante da SBOTPrev

Gestor do plano: SBOTPrev - CNPJ: 11 401 654 / 0001-43