

Nº do Instituidor Nome do Instituidor Data da Proposta Nº da Proposta
 101607565

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente CPF do Proponente Titular
 Fernanda Marques Gratone 95209182139 ☒ Titular ☐ Dependente
 Natureza do Doc. Identificação Número Órgão Expedidor Data de Expedição
 E.G. 3795 331 DARE/60 21/2/2010
 Data de Nascimento Naturalidade Nacionalidade Idade Sexo
 29/11/80 IPAMERT BRA 35 ☒ F ☐ M
 Estado Civil Nome do Cônjuge
☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Danilo Almeida e Silva
 Ocupação Principal É pessoa politicamente exposta?¹
 Médica ☒ Não ☐ Sim Especificar:

Renda Mensal Endereço Residencial
 40.000,00 Rua Castelo Branco, 664, Lt 23
 Bairro Cidade UF CEP
 Taboão do Sul São Luís de Montes Belos GO 76100-090
 DDD Telefone 1 Telefone 2 Endereço Comercial
 64 96048400
 Bairro Cidade UF CEP
 DDD Telefone 1 Telefone 2 E-mail

Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade) CPF do Representante Legal
 Filiação Luiz Alarico Gratone e Maria Silene Marques Gratone
 Endereço para Correspondência
☒ Residencial ☐ Comercial

¹Pessoas politicamente expostas: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 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 60 anos R\$ 722,00
 Tributação Rubrica Taxa de Administração do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC.
☐ Alíquotas Progressivas ☒ 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
 Danilo Almeida e Silva 8/12/80 C 50%
 Isabella Gratone Alves 29/11/2004 F 50%

*A - Avô(s); 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\$ 544.285,15	R\$ 212,00
PECÚLIO POR INVALIDEZ	15.414.000078/2005-52	R\$ 222.237,89	R\$ 66,00
Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30%		Total da Parcela Adicional de Risco (2)	R\$ 278,00

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) ☒ Débito em Conta ☐ Boleto Bancário
 25 1000,00
 Nome do Correntista (em caso de débito em conta) CPF do Correntista
 Danilo Almeida e Silva 85488062149
 Nº do Banco Nome do Banco Nº da Agência Nº da Conta Corrente Autorização de débito em conta no verso da 2ª via.
 341 ITAU 3935 1131 9

DATA: 03/04/16 10:00

Espaço para relógio protocolo

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>Fernando Marques Gesteira</u>	CPF <u>95209182134</u>	Código do Órgão <u>211050</u>	A partir de
Convênio Adesão <u>1060</u>	Ação de Marketing <u>0489</u>	Alternativa <u>1</u>	Sucursal <u>F17</u>
Gerente Comercial <u>18000717</u>	Agente <u>07265604</u>	Corretor 1 <u>07265604</u>	Corretor 2
Diretor Regional <u>18000197</u>	Gerente de Sucursal <u>3002421</u>		

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor <u>Fernando Marques Gesteira</u>	Código SUSEP <u>20200 94353</u>	Assinatura <u>(assinatura)</u>
------------------------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

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>60 kg 1,71m</u>
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.

SLMB 11/4/16

Local e Data

Fernando Marques Gesteira
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

Nº do Instituidor	Nome do Instituidor	Data da Proposta	Nº da Proposta
			101607565

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente		CPF do Proponente	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente
Natureza do Doc. Identificação	Número	Órgão Expedidor	Data de Expedição
Data de Nascimento	Naturalidade	Nacionalidade	Idade
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			
Ocupação Principal	É pessoa politicamente exposta? ¹ <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar:		
Renda Mensal	Endereço Residencial		
Bairro	Cidade	UF	CEP
DDD	Telefone 1	Telefone 2	Endereço Comercial
Bairro	Cidade	UF	CEP
DDD	Telefone 1	Telefone 2	E-mail
Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade)			CPF do Representante Legal
Filiação	Endereço para Correspondência		
	<input 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	anos	R\$
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
Daniello Almeida e Silva	31/12/80	C	50%
Fabiana Beatriz Alves	29/11/2004	F	50%

*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\$ 944.785,13	R\$ 212,00
PECÚLIO POR INVALIDEZ	15.414.000078/2005-52	R\$ 322.37,89	R\$ 16,00
Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A.		Total da Parcela Adicional de Risco (2)	R\$ 228,00
CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30%			

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 type="checkbox"/> Boleto Bancário
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.		

PARA USO DA MONGERAL AEGON

Nome do Proponente <u>Fernando Marques Gabone</u>		CPF <u>95209182134</u>	Código do Órgão <u>211050</u>	A partir de
Convênio Adesão <u>1060</u>	Ação de Marketing <u>0489</u>	Alternativa <u>1</u>	Sucursal <u>F-17</u>	Diretor Regional <u>1000197</u>
Gerente Comercial <u>1000197</u>	Agente	Corretor 1 <u>07265604</u>	Corretor 2	Gerente de Sucursal <u>3002921</u>
		Agente Fidelização		

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor <u>Frederico Cor</u>	Código SUSEP <u>2020094353</u>	Assinatura <u>[Assinatura]</u>
------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro ter recebido o exemplar do estatuto da SBOTPrev e do regulamento do plano SBOTPrev, bem como 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 junto à 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 Artigo 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.

Concordo em receber eletronicamente o Relatório Anual com informações do Plano, o boleto bancário mensal de cobrança, bem como autorizo a utilização do meu endereço eletrônico para envio de demais informações e documentos relacionados com o Plano.

☒ Sim ☐ Não

SLMB 14/16
Local e Data

Fernando Marques Gabone
Assinatura do Proponente ou Representante Legal

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE

Autorizo o banco designado no anverso a debitar na conta corrente, por mim indicada, o valor correspondente às contribuições do plano contratado nesta proposta. Estou ciente de que os débitos em conta corrente serão comandados tendo por base as informações enviadas diretamente pela SBOTPrev ao banco. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para a finalidade, isentando o banco de qualquer responsabilidade caso a conta não comporte o valor do documento a liquidar. Declaro-me ciente de que o banco poderá, mediante aviso, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do vencimento do encargo ou da próxima parcela, tornar sem efeito a presente autorização, reservando-me adotar o mesmo procedimento, quando do meu interesse. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade da SBOTPrev ou do banco informado nesta proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

SLMB 14/16
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Correntista

PARA USO DA SBOTPrev

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

De acordo com a solicitação do proponente.

Local e Data

Fernando Marques Gabone
Assinatura do Representante da SBOTPrev