

Nº do Instituidor 1111112	Nome do Instituidor FUNDO DE PENSÃO MULTINSTITUÍDO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SBOTPREV	Nº da Proposta* 681
------------------------------	---	------------------------

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente* wildesclay		CPF do Proponente* 808.745.456-17		Titular / Dependente* <input checked="" type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Dependente	
Natureza do Doc. Identificação* RG	Número* 321654987	Órgão Expedidor* IFP/RJ		Data de Expedição* 02/05/1999	
Data de Nascimento* 05/07/1949	Naturalidade* Rio de Janeiro	Nacionalidade* Brasileira	Idade 58	Sexo* <input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	
Estado Civil* <input checked="" type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viúvo(a)		Nome do Cônjuge			
Ocupação Principal Médico	Pessoa Politicamente Exposta (a)* <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Especificar Nome da Pessoa Exposta de Souza [026]		
Renda Mensal* R\$	Endereço Residencial				
Bairro b	UF RJ	Cidade		CEP 22222-222	
DDD 21	Telefone 1 22222-2222	Telefone 2	Endereço Comercial Rua Santa Luzia 130		
Bairro	UF Selecione	Cidade		CEP	
DDD	Telefone 1	Telefone 2	E-mail* mail@mail.com		
Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade) Nome do Representante [026]		CPF do Representante Legal 113.412.280-29		Endereço para Correspondência* <input checked="" type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial	

FILIAÇÃO

Nome do Pai Pai de Souza [026]	Nome da Mãe* Mãe da Silva de Souza [026]
-----------------------------------	---

(a)Pessoas 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 APOSENTADORIA PROGRAMADA	Idade para Entrada em Benefício* 58	Valor da Contribuição (1)* R\$ 5000
Tributação Selecione	Rubrica	Taxa de Administração do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação de INPC.

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	Data de Nascimento	Parentesco Selecione	Participação
Nome	Data de Nascimento	Parentesco	Participação
Nome Beneficiário2 [026]	07/07/2000	Filho(a)	75
Nome	Data de Nascimento	Parentesco	Participação
Nome Beneficiário3 [026]	08/01/1995	Filho(a)	25

PARCELA ADICIONAL DE RISCO

Benefício	Nº Processo SUSEP	Valor do Pecúlio	Valor da Contribuição
PECÚLIO POR MORTE	15.414.000077/2005-16	R\$	R\$
Benefício	Nº Processo SUSEP	Valor do Pecúlio	Valor da Contribuição
PECÚLIO POR INVALIDEZ	15.414.000078/2005-52	R\$	R\$
Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A.		0,10	0,11
CNPJ: 33.608.308/0001-73 CARREGAMENTO: 30%			Total da Parcela Adicional de Risco (2)
			R\$
			0,12

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)	Forma de Pagamento*
1	R\$	<input checked="" type="radio"/> Débito em Conta <input type="radio"/> Boleto Bancário
Nome do Correntista (em caso de débito em conta)	50,12	CPF do Correntista
Nome do Participante [026]		808.745.456-17
Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência
341	Itaú	201
		Nº da Conta Corrente
		12485-7

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 apontado será devolvido, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

PARA USO DA MONGERAL AEGON

Nome do Proponente	CPF	Código do Órgão	A partir de
Convênio Adesão	Ação de Marketing	Alternativa	Sucursal
		Diretor Regional	Gerente de Sucursal
Gerente Comercial	Agente	Corretor 1	Corretor 2
		Agente Fidelização	Gerente de Sucursal

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor*	Código SUSEP	Assinatura
Corretora Seguros Vida	05082420606103	
Nome do Corretor	Código SUSEP	Assinatura
Selecione		

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.					
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.					
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.					
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.					
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.					
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.					
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.					
8. É portador(a) do vírus HIV?					
9. Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?					
10. É fumante? Qual a quantidade média de cigarros por dia?					
11. Indique seu peso e altura.	<table><tr><td>Peso</td><td>kg</td><td>Altura</td><td>m</td></tr></table>	Peso	kg	Altura	m
Peso	kg	Altura	m		
12. Pratica paraquedismo, 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.					

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 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 de 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 inveracidades 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.

Assinado em*
01/01/2016

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 de 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.

Autorizado em
29/01/2016

PARA USO DA SBOTPrev

Conferido em*
21/01/2016