

Nº TEOT 12096 Nome do Instituidor Data da Proposta Nº da Proposta 102602957

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente KENATO BELUN DALIO CPF do Proponente 222.660.878.86 ☒ Titular ☐ Dependente

Natureza do Doc. Identificação RG 28.059.201.2 Órgão Expedidor SSPSP Data de Expedição 20/01/2010

Data de Nascimento 03/06/1980 Naturalidade RIBEIRÃO PRETO Nacionalidade BRASILEIRO Idade 35 Sexo ☒ M ☐ F

Estado Civil ☒ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge

Ocupação Principal MEDICO É pessoa politicamente exposta? ☒ Não ☐ Sim Especificar:

Renda Mensal R\$ 18.000,00 Endereço Residencial AV. COSTABILE ROMANO 280 APTO 102

Bairro RIBEIRÃO CIDADE RIBEIRÃO PRETO UF SP CEP 14096030

DDD Telefone 1 Telefone 2 Endereço Comercial

Bairro Cidade UF CEP

DDD Telefone 1 Telefone 2 E-mail R.BDALIO@YAHOO.COM.BR

Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade) CPF do Representante Legal

Filiação LUCIVAL DALIO Endereço para Correspondência ☒ Residencial ☐ Comercial

RUIZABETE HARECIDA BELUN DALIO

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 Circular SUSEP nº 445/2012.

PLANO DE BENEFÍCIOS

Benefício APOSENTADORIA PROGRAMADA Idade para Entrada em Benefício 65 anos Valor da Contribuição (1) R\$ 600,00

Tributação Rubrica Aliquotas Progressivas Aliquotas Regressivas Taxa de Carregamento do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do 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 Completo Data de Nascimento Parentesco* Participação

HERDEIROS LEGAIS

*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

Benefícios	Nº Processo SUSEP	Valor do Pecúlio	Valor da Contribuição
PECÚLIO POR MORTE (102)	15.414.000077/2005-16	R\$ 1.194.743,13	R\$ 300,00
PECÚLIO POR INVALIDEZ (103)	15.414.000078/2005-52	R\$ 1.336.329,19	R\$ 110,00
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\$ 410,00

O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de junho, 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 15 Total da Contribuição - R\$ (1+2) 1.010,00 ☐ Débito em Conta ☒ 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.



DATA: 29 ABR 2016

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 será dada 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 Reneo Belli Dado		CPF 222.600.978-8	Código do Órgão CG/2016	A partir de
Convênio Adesão AD 1840	Ação de Marketing AM 1689	Alternativa 2	Sucursal 43	Diretor Regional 10000324
Gerente Comercial 1700153	Agente	Corretor 1 07157846	Corretor 2	Gerente de Sucursal

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor Joel Elias Farias Jr	Código SUSEP 200640421	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.	NÃO
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.	NÃO
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.	NÃO
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.	NÃO
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.	NÃO
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.	NÃO
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.	NÃO
8. É portador(a) do vírus HIV?	NÃO
9. Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?	NÃO
10. É fumante? Qual a quantidade média de cigarros por dia?	NÃO
11. Indique seu peso e altura.	90 kg 1,80 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.	NÃO

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 exposto 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 445/2012.

Local e Data
Rio de Janeiro, 28/04/16

Assinatura do Proponente ou Representante Legal
+ Reneo Belli Dado

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