

Nº do Instituidor Nome do Instituidor Data da Proposta Nº da Proposta  
 17/2/16 101608457

## QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente CPF do Proponente ☒ Titular ☐ Dependente  
 GUSTAVO SCHENKEL 005.696.115-42  
 Natureza do Doc. Identificação Número Órgão Expedidor Data de Expedição  
 CRM 020192 RG 61488 29/04/13  
 Data de Nascimento Naturalidade Nacionalidade Idade Sexo  
 9/7/82 CONCEICAO COLE BRASILEIRO 33 ☐ F ☒ M  
 Estado Civil Nome do Cônjuge  
☒ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo

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

Renda Mensal Endereço Residencial  
 25.000,00 AV. ANITA GARIBALDI 1901

Bairro Cidade UF CEP  
 FOGUENÇA SALVADOR BA 40210750

DDD Telefone 1 Telefone 2 Endereço Comercial  
 71 991658489

Bairro Cidade UF CEP

DDD Telefone 1 Telefone 2 E-mail  
 SCHENKEL GUSTAVO@ICLOUD

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

Filiação Endereço para Correspondência  
☒ Residencial ☐ Comercial

Pessoas 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 60 anos R\$ 540,00

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
MARIA TEREZINHA SCHENKEL	12/12/50	M.	50
LUNA SCHENKEL	30/03/14	S	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\$ 439.947,21	R\$ 100,00
PECÚLIO POR INVALIDEZ	15.414.000078/2005-52	R\$ 1.306.376,36	R\$ 100,00
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\$ 200,00

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)  
 25 740,00

Nome do Correntista (em caso de débito em conta) ☐ Débito em Conta ☒ Boletim Bancário  
 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.



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 <b>EUNILAVO SCHENKER</b>		CNPJ <b>0056961547</b>	Código do Órgão <b>211050</b>	A partir de <b>04/0016</b>
Convênio Adesão <b>4049</b>	Ação de Marketing <b>0479</b>	Alternativa <b>1</b>	Sucursal <b>F.06</b>	Diretor Regional <b>16.00019.7</b>
Gerente Comercial <b>18.040.84.2</b>	Agente <b>18.040.84.2</b>	Corretor 1 de Seguros <b>18.040.84.2</b>	Corretor 2 <b>18.040.84.2</b>	Gerente de Sucursal <b>0300.265-8</b>
Código Susep. 10.200.523-08		Código Mongeral. 07.22.402-3		

**PARA USO DO CORRETOR**

Nome do Corretor <b>VB. Corretora de Seguros Ltda</b>	Código SUSEP <b>10.200.523-08</b>	Código Mongeral <b>07.22.402-3</b>	Assinatura <b>VB. Corretora de Seguros Ltda</b>
Código Susep. 10.200.523-08	Código Susep. 10.200.523-08	Código Mongeral. 07.22.402-3	Código Susep. 10.200.523-08
Código Mongeral. 07.22.402-3	Código Mongeral. 07.22.402-3	Código Mongeral. 07.22.402-3	Código Mongeral. 07.22.402-3

**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.	<b>NÃO</b>
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.	<b>NÃO</b>
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.	<b>NÃO</b>
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.	<b>NÃO</b>
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.	<b>NÃO</b>
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.	<b>NÃO</b>
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.	<b>NÃO</b>
8. É portador(a) do vírus HIV?	<b>NÃO</b>
9. Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?	<b>NÃO</b>
10. É fumante? Qual a quantidade média de cigarros por dia?	<b>NÃO</b>
11. Indique seu peso e altura.	<b>72 kg 1,70m</b>
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.	<b>NÃO</b>

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.

**Local e Data** 17/02/16 **Assinatura do Proponente ou Representante Legal** [Assinatura]

**PARA USO DA SBOTPrev**

Conferido em	Visto
<u>[Assinatura]</u>	<u>[Assinatura]</u>

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**



PROPOSTA DE INSCRIÇÃO Suplementar: ☐ Sim ☒ Não

MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA  
Data: 19/02/16

**SBOTPrev**

Nº do Instituidor 8-2350020-910001 Nome do Instituidor 207 Data da Proposta 17/2/16 Nº da Proposta 101608457

**QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE**

Nome Completo do Proponente GUSTAVO SCHENKEL CPF do Proponente 005696115-43 ☐ Titular ☒ Dependente  
Natureza do Doc. Identificação CRM Número 020192 Órgão Expedidor RG 6144329/04/13 Data de Expedição  
Data de Nascimento 9/7/82 Naturalidade CONCEICAO/MS Nacionalidade BRASILEIRO Idade 33 Sexo ☐ F ☒ M  
Estado Civil ☒ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge

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

Renda Mensal Endereço Residencial AV. ANITA GARIBALDI 1901

Bairro FREDERICO Cidade SALVADOR UF BA CEP 40210750

DDD 71 Telefone 1 991658489 Telefone 2 Endereço Comercial

Bairro Cidade UF CEP

DDD Telefone 1 Telefone 2 E-mail SCHENKEL GUSTAVO@ICLON

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

Filiação Endereço para Correspondência ☐ Residencial ☐ Comercial

Pessoas 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 APOSENTADORIA PROGRAMADA Idade para Entrada em Benefício anos Valor da Contribuição (1) R\$

Tributação Rubrica ☐ Alíquotas Progressivas ☐ Alíquotas Regressivas Taxa de Administração 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
MARIA TEREZINHA SCHENKEL	19/11/50	Mãe	50
LUNA SCHENKEL	30/03/14	Filha	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\$	R\$
PECÚLIO POR INVALIDEZ	15.414.000078/2005-52	R\$	R\$

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\$

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 25 Total da Contribuição - R\$ (1+2) ☐ 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.



**PARA USO DA MONGERAL AEGON**

Nome do Proponente <b>GUSTAVO SCHENKEL</b>		CPF <b>005.696.115-4</b>	Código do Órgão <b>24050</b>	A partir de <b>04/08/16</b>
Convênio Adesão <b>1049</b>	Ação de Marketing <b>0479</b>	Alternativa <b>1</b>	Sucursal <b>F.06</b>	Diretor Regional <b>16.00019-7</b>
Gerente Comercial <b>18.040.84</b>	Agente <b>2</b>	Corretor 1 <b>10.200.523.08</b>	Corretor 2 <b>10.200.523.08</b>	Gerente de Sucursal <b>0300265-8</b>

**PARA USO DO CORRETOR**

Nome do Corretor <b>VB. Corretora de Seguros Ltda</b>	VB. Corretora de Seguros Ltda	Código SUSEP <b>10.200.523.08</b>	Assinatura <b>VB. Corretora de Seguros Ltda</b>
Código Susep <b>10.200.523.08</b>	Código Susep <b>10.200.523.08</b>	Código Susep <b>10.200.523.08</b>	Código Susep <b>10.200.523.08</b>
Código Mongeral <b>07.22.402-3</b>	Código Mongeral <b>07.22.402-3</b>	Código Mongeral <b>07.22.402-3</b>	Código Mongeral <b>07.22.402-3</b>

**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

SSA 17/02/16  
Local e Data

[Assinatura]  
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.

SSA 17/02/16  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Correntista

**PARA USO DA SBOTPrev**

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

De acordo com a solicitação do proponente.

Local e Data

Assinatura do Representante da SBOTPrev