

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

Suplementar: ☒ Sim ☐ Não

SBOTPrev

Nº TEOT 12134 / Nome do Instituidor / Data da Proposta / Nº da Proposta 103441050

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente Rubens Akira Yari Ki CPF do Proponente 834.850.078-20 ☒ Titular ☐ Dependente

Natureza do Doc. Identificação RG Número 3799878-x Órgão Expedidor SSP/SP Data de Expedição 30/01/07

Data de Nascimento 01/01/52 Naturalidade São Paulo Nacionalidade Brasileira Idade 64 Sexo ☐ F ☒ M

Estado Civil ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge Amélia Schizem Yari Ki

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

Renda Mensal 20.000,00 Endereço Residencial Rua Gaiivota 1024 apto 161 MSP

Bairro Indiánoópolis Cidade São Paulo UF SP CEP 04522-032

DDD 11 Telefone 1 999717858 Telefone 2 _____ Endereço Comercial Av. Dos Bandeirantes 2056

Bairro Moema Cidade São Paulo UF SP CEP 04553-002

DDD _____ Telefone 1 _____ Telefone 2 _____ E-mail r.yari.ki@terra.com.br

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

Filiação Yoshiko Yari Ki / Xami Ko Yari Ki 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 Circular SUSEP nº 445/2012.

PLANO DE BENEFÍCIOS

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

Tributação Rubrica

☐ Alíquotas Progressivas

☐ Alíquotas 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 |
|---------------------------------|--------------------|-------------|--------------|
| <u>Amélia Schizem Yari Ki</u> | <u>12/03/49</u> | <u>C</u> | <u>50%</u> |
| <u>Ricardo Mikael Yari Ki</u> | <u>15/11/74</u> | <u>F</u> | <u>25%</u> |
| <u>Karion Yari Yari Yari Ki</u> | <u>11/03/79</u> | <u>F</u> | <u>25%</u> |

*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

| Benefícios | Nº Processo SUSEP | Valor do Pecúlio | Valor da Contribuição |
|-----------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| PECÚLIO POR MORTE (102) | 15.414.000077/2005-16 | R\$ 254.111,16 | R\$ 700,00 |
| PECÚLIO POR INVALIDEZ (103) | 15.414.000078/2005-52 | R\$ 280.217,95 | R\$ 300,00 |

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\$ 3.000,00

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 25 Total da Contribuição - R\$ (1 + 2) 1.000,00 ☒ Débito em Conta ☐ Boleto Bancário

Nome do Correntista (em caso de débito em conta) Rubens Akira Yari Ki CPF do Correntista 834.850.078-20

Nº do Banco _____ Nome do Banco Banco Itaú Nº da Agência 3797 Nº da Conta Corrente 33791-6 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 <u>Ruizem A Kira Xaro Kio</u> | | CPF <u>834.850.078-20</u> | Código do Órgão <u>211050</u> | A partir de <u>06/2016</u> |
| Convenção Adesão <u>1045</u> | Ação de Marketing <u>1875</u> | Alternativa <u>1</u> | Sucursal <u>F 57</u> | Diretor Regional <u>16057571</u> |
| Gerente Comercial <u>32000266</u> | Agente <u>27002189</u> | Corretor 1 <u>8002897</u> | Corretor 2 <u>—</u> | Gerente de Sucursal <u>3002831</u> |

PARA USO DO CORRETOR

| | | |
|--|--------------------------|--|
| Nome do Corretor <u>Anderson Luqueiro Joaquim</u> | Código SUSEP <u>—</u> | Assinatura <u>Anderson Luqueiro</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>79</u> kg <u>1.70</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 445/2012.

S. Paves 28/04/16

Local e Data

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

DADOS DO PARTICIPANTE

| | | | |
|--|---------------------------|--|---------------------------------|
| 1 - NOME COMPLETO Rubens Akira Xariki | | | |
| 2 - Nº MATRÍCULA SBOTPrev 12134 | 3 - CPF 034.850.078-20 | 4 - Nº DOC DE IDENTIDADE 37998-78-X | |
| 5 - ENDEREÇO (AV. / RUA) Rua Garivota | | 6 - NÚMERO 1027 | 7 - COMPLEMENTO apto 161 MSP |
| 8 - BAIRRO Indiá no pólis | 9 - CIDADE São Paulo | 10 - UF SP | 11 - CEP 04522032 |
| 12 - DDD/TELEFONE FIXO 11/999717858 | 13 - DDD/CELULAR | 14 - E-MAIL r.xariki@terra.com.br | |

ALTERAÇÕES CADAISTRAIS (PREENCHA SOMENTE O(S) ITEM(S) QUE DESEJA ALTERAR)

☐ NOME

MUDAR PARA:

Anexar ao Formulário cópia simples de um dos seguintes documentos: RG, Carteira da SBOT ou Certidão de Casamento.

☐ ENDEREÇO RESIDENCIAL, TELEFONES DE CONTATO E E-MAIL

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| ENDEREÇO (AV. / RUA) Rua Garivota | | NÚMERO 1027 | COMPLEMENTO apto 161 MSP |
| BAIRRO Indiá no pólis | CIDADE São Paulo | UF SP | CEP 04522032 |
| DDD/TELEFONE FIXO | DDD/CELULAR 11/999717858 | E-MAIL r.xariki@terra.com.br | |

☐ ENDEREÇO COMERCIAL, TELEFONES DE CONTATO E E-MAIL

| | | | |
|----------------------|-------------|--------|-------------|
| ENDEREÇO (AV. / RUA) | | NÚMERO | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | CIDADE | UF | CEP |
| DDD/TELEFONE FIXO | DDD/CELULAR | E-MAIL | |

☐ ESTADO CIVIL

MUDAR PARA:

☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIÚVO ☐ OUTROS☐ BENEFICIÁRIOS

| NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO / PARTICIPAÇÃO | % DE RATIO | GRAU DE AFINIDADE | DATA DE NASCIMENTO |
|--|------------|-------------------|--------------------|
| | ____% | | |
| | ____% | | |
| | ____% | | |
| | ____% | | |

OBSERVAÇÕES

- 1) Para participante maior de 16 anos e menor de 18 anos, a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal e se menor de 16 anos, a assinatura deverá ser somente do seu representante legal. Também será necessário o envio de uma cópia do RG e CPF do representante legal, junto com a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.
- 2) Para o participante que possui curador, deve ser encaminhada cópia da sentença determinante da curatela, juntamente com cópia do RG e CPF do curador nomeado. O interditado assinará em conjunto com seu curador sempre que possuir discernimento para tanto; caso contrário, a assinatura será somente do curador indicado.
- 3) Caso o participante se encontre impossibilitado ou não saiba assinar, deverá ser colhida sua impressão digital e a assinatura de um representante (assinatura a rogo). Também deverá ser encaminhada cópia de um documento de identificação que sirva de comprovação da assinatura do representante.

S Paulo 28/04/16
LOCAL E DATA

PARTICIPANTE

Envie este formulário para SBOTPrev, Alameda Lorena 427/14º andar - São Paulo - SP - CEP: 01424-000

