

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO  
Suplementar: ☐ Sim ☒ Não

APTO PARA ACEITAÇÃO

23/03/76

Nome: Penna

SBOTPrev

Nº TEOT 12764 Nome do Instituidor SBOT Prev. Data da Proposta 102157557 Nº da Proposta 102157557

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente Fernando Amaral da Cunha CPF do Proponente 087-862-577-14 ☒ Titular ☐ Dependente  
Natureza do Doc. Identificação DJ Número 1470 820 Órgão Expedidor SSP-MG. Data de Expedição 27/08/03  
Data de Nascimento 21/02/1980 Naturalidade Vitoria. Nacionalidade BRASILEIRA Idade 36 Sexo ☐ F ☒ M  
Estado Civil ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge Ana Carolina Ferreira Rabelo Thebit  
Ocupação Principal Ortopedista A. É pessoa politicamente exposta? ☒ Não ☐ Sim Especificar:

Renda Mensal 20.000,00 Endereço Residencial Rua Chicago, 147 - AP 304  
Bairro Sion Cidade Belo Horizonte UF MG. CEP 30315-520

DDD 31 Telefone 1 99847714 Telefone 2 3327-7714 Endereço Comercial  
Bairro Sion Cidade Belo Horizonte UF MG. CEP 30315-520

DDD 31 Telefone 1 99847714 Telefone 2 3327-7714 E-mail cunha.fernando@gmail.com

Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade) Sose da Cunha / Rose Mary Amaral da Cunha CPF do Representante Legal

Filiação Sose da Cunha / Rose Mary Amaral da Cunha 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 65 anos Valor da Contribuição (1) R\$ 200,00

Tributação ☐ Alíquotas Progressivas ☒ Alíquotas Regressivas Rubrica [assinatura] 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
<u>Ana Carolina Ferreira Rabelo Thebit</u>	<u>16/04/1980</u>	<u>C</u>	<u>40</u>
<u>Helena Thebit da Cunha</u>	<u>03/05/2003</u>	<u>F</u>	<u>30</u>
<u>São Pedro Thebit da Cunha</u>	<u>02/11/2012</u>	<u>F</u>	<u>30</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

Benefício	Nº Processo SUSEP	Valor do Pecúlio	Valor da Contribuição
<u>PECÚLIO POR MORTE</u>	<u>15.414.000077/2005-16</u>	<u>R\$ 825.206,30</u>	<u>R\$ 220,00</u>
<u>PECÚLIO POR INVALIDEZ</u>	<u>15.414.000078/2005-52</u>	<u>R\$ 954.545,45</u>	<u>R\$ 80,00</u>

Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. Total da Parcela Adicional de Risco (2) R\$ 300,00  
CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30%

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) 500,00 ☐ Débito em Conta ☒ Boleto Bancário

Nome do Correntista (em caso de débito em conta) 25 CPF do Correntista

Nº do Banco 25 Nome do Banco 25 Nº da Agência 25 Nº da Conta Corrente 25 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 <i>Fernando Amaral da Cunha</i>		CPF <i>087.862.577-14</i>	Código do Órgão <i>01050</i>	A partir de <i>05/2016</i>
Convênio Adesão <i>AD1047</i>	Ação de Marketing <i>1376</i>	Alternativa <i>01</i>	Sucursal <i>F61</i>	Diretor Regional <i>16057571</i>
Gerente Comercial <i>32000264</i>	Agente <i>27002340</i>	Corretor 1 <i>08002897</i>	Corretor 2	Gerente de Sucursal <i>3002828</i>

**PARA USO DO CORRETOR**

Nome do Corretor <i>M. F. M. e Cor. de Seg. LTDA.</i>	Código SUSEP <i>1020135718</i>	Assinatura <i>[assinatura]</i>
--	-----------------------------------	-----------------------------------

**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.	<i>NÃO</i>
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.	<i>NÃO</i>
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.	<i>NÃO</i>
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.	<i>NÃO</i>
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.	<i>NÃO</i>
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.	<i>NÃO</i>
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.	<i>NÃO</i>
8. É portador(a) do vírus HIV?	<i>NÃO</i>
9. Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?	<i>NÃO</i>
10. É fumante? Qual a quantidade média de cigarros por dia?	<i>NÃO</i>
11. Indique seu peso e altura.	<i>92 kg 1.82 m</i>
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.	<i>NÃO</i>

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 380/2008.

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