

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

Suplementar: ☐ Sim ☒ Não



SBOTPrev

Nº TEOT 5594 Nome do Instituidor Antônio Carlos Data da Proposta 09/05/16 Nº da Proposta 103441054

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente Paulo Cesar Rodrigues de Albuquerque CPF do Proponente 072.482.548-78 ☒ Titular ☐ Dependente

Natureza do Doc. Identificação RG Número 10.840.601-5 Órgão Expedidor 55P/6P Data de Expedição 02/03/03

Data de Nascimento 24/08/63 Naturalidade SP Nacionalidade Braz. Idade 52 Sexo ☐ F ☒ M

Estado Civil ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge Fabiola Cristina A. de Albuquerque

Ocupação Principal me. de w É pessoa politicamente exposta? ☒ Não ☐ Sim Especificar: \_\_\_\_\_

Renda Mensal 25.000,00 Endereço Residencial R. Dr. Demerval Vas 799 apto 131

Bairro vl. Monte Alegre Cidade SP UF SP CEP 04305-000

DDD 11 Telefone 1 992208884 Telefone 2 \_\_\_\_\_ Endereço Comercial R. Coronel Abílio Soares 261 11º and

Bairro Centro Cidade Santo André UF SP CEP 09020-260

DDD \_\_\_\_\_ Telefone 1 \_\_\_\_\_ Telefone 2 \_\_\_\_\_ E-mail albuquerque PCR Duol.com.br

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

Filiação Otto R. de Albuquerque / Maria de L. S. Albuquerque 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 APOSENTADORIA PROGRAMADA Idade para Entrada em Benefício 70 anos Valor da Contribuição (1) R\$ 700,00

Tributação ☐ Alíquotas Progressivas ☒ Alíquotas Regressivas Rubrica ls 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 Fabiola C. A. de Albuquerque Data de Nascimento 06/11/65 Parentesco\* C Participação 50%

Cesar Augusto R. de Albuquerque 15/06/89 F 25%

Flavio de Aguiar de Albuquerque 26/05/94 F 25%

\*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 PECÚLIO POR MORTE (102) Nº Processo SUSEP 15.414.000077/2005-16 Valor do Pecúlio R\$ 211.059,52 Valor da Contribuição R\$ 200,00

PECÚLIO POR INVALIDEZ (103) 15.414.000078/2005-52 R\$ 376.512,77 R\$ 100,00

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) 1.000,00 ☒ Débito em Conta ☐ Boleto Bancário

Nome do Correntista (em caso de débito em conta) Paulo Cesar Rodrigues de Albuquerque CPF do Correntista 072.482.548-78

Nº do Banco \_\_\_\_\_ Nome do Banco SX au Nº da Agência 3784 Nº da Conta Corrente 20705-6 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>Paulo Cesar Rodrigues de Albuquerque</u>	CPF <u>072.482.548-78</u>	Código do Órgão <u>211050</u>	A partir de <u>06/2016</u>
Convênio Adesão <u>1045</u>	Ação de Marketing <u>1875</u>	Alternativa <u>1</u>	Sucursal <u>F57</u>
Gerente Comercial <u>32.00026.6</u>	Agente <u>27002189</u>	Corretor 1 <u>8002897</u>	Corretor 2 <u>-</u>
Diretor Regional <u>16057571</u>		Gerente de Sucursal <u>300283L</u>	

**PARA USO DO CORRETOR**

Nome do Corretor <u>Andreia Luquini Jaquim</u>	Código SUSEP <u>-</u>	Assinatura <u>Andreia Jaquim</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>Sim - Dor de costas</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>Sim - Diabetes</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>95 kg 1.78 m</u>
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.

Sto André, 05/05/2016  
Local e Data

Paulo Albuquerque  
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