

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

Suplementar: ☐ Sim ☐ Não

SBOTPrev

Nº TEOT	Nome do Instituidor	Data da Proposta	Nº da Proposta
			102602956

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente		CPF do Proponente		<input checked="" type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	
MURILLO HUMBERTO TOBIAS MARINS		227 809268-56			
Natureza do Doc. Identificação	Número	Órgão Expedidor	Data de Expedição		
CNH	034 16015798	SSP-SP DETRAN	16/07/2014		
Data de Nascimento	Naturalidade	Nacionalidade	Idade	Sexo	
23/03/1986	GOIANIA	BRASILEIRO	30	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	
Estado Civil		Nome do Cônjuge			
<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo					
Ocupação Principal	É pessoa politicamente exposta?				
MEDICO	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar:				
Renda Mensal	Endereço Residencial				
30.000,00	AV JOSE HERBERT FAURENOS N85 CASA 82				
Bairro	Cidade	UF	CEP		
RECANTO DA MOURA	RIBEIRA PRETO	SP	34098-780		
DDD	Telefone 1	Telefone 2	Endereço Comercial		
16	34219334	991551755			
Bairro	Cidade	UF	CEP		
DDD	Telefone 1	Telefone 2	E-mail		
			MURILLO MARINS @YAHOO.COM.BR		
Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade)			CPF do Representante Legal		
Filiação	Endereço para Correspondência				
JOSE HUMBERTO MARINS SOANA DARC TOBIAS MARINS	<input checked="" type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial				

1º Pessoas 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	65 anos	R\$ 380,00
Tributação	Rubrica	Taxa de Carregamento do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC.
<input type="checkbox"/> Alíquotas Progressivas		
<input checked="" type="checkbox"/> 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
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\$ 971.345,31	R\$ 200,00
PECÚLIO POR INVALIDEZ (103)	15.414.000078/2005-52	R\$ 1.388.429,75	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\$ 300,00

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	Total da Contribuição - R\$ (1 + 2)	<input type="checkbox"/> Débito em Conta <input checked="" type="checkbox"/> Boleto Bancário
25	680,00	
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


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 MURILO HUMBERTO TORRES MARINS		CPF 227 809 268 56	Código do Órgão 21105-0	A partir de 06/2016
Convênio Adesão AD 1649	Ação de Marketing AM 1689	Alternativa 1	Sucursal F-43	Diretor Regional 16000324
Gerente Comercial 17000158	Agente	Corretor 1	Corretor 2 07216249	Gerente de Sucursal

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor Jaí Karziji Garçonoti	Código SUSEP 2620022000	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.	93 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 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.

Rubens do Prado, 28 de abril de 2016

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