

Nº do Instituidor

Nome do Instituidor

Data da Proposta

Nº da Proposta

11888

SBOT

101607566

## QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente

CPF do Proponente

☒ Titular  
☐ Dependente

Erico NERI DUARTE

94141467199

Natureza do Doc. Identificação

Número

Órgão Expedidor

Data de Expedição

R4 4265148

4265148

DGPC

2/12/99

Data de Nascimento

Naturalidade

Nacionalidade

Idade

Sexo

15/7/86

Piracicaba-SP

BRA

39

☐ F ☒ M

Estado Civil

Nome do Cônjuge

☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo

Pauliana Lamounier S. Duarte

Ocupação Principal

É pessoa politicamente exposta?

Médico

☒ Não ☐ Sim Especificar:

Renda Mensal

Endereço Residencial

25.000,00

Rua 13, Ed THE ONE

Bairro

Cidade

UF

CEP

Jd. Goiás

Goiânia

GO

74810170

DDD Telefone 1

Telefone 2

Endereço Comercial

62

92343535

Bairro

Cidade

UF

CEP

DDD Telefone 1

Telefone 2

E-mail

Erico Neri Duarte@hotmail.com

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

CPF do Representante Legal

Filiação

Endereço para Correspondência

☐ Residencial ☐ Comercial

¹Pessoas 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

anos

Valor da Contribuição (1)

APOSENTADORIA PROGRAMADA

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

Pauliana Lamounier S. Duarte

17/12/82

C

50%

Henrique Lamounier Duarte

21/8/14

F

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\$ 420.168,07

R\$ 100,00

PECÚLIO POR INVALIDEZ

15.414.000078/2005-52

R\$ 636.363,64

R\$ 50,00

Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A.

Total da Parcela

CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30%

Adicional de Risco (2)

R\$ 250,00

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

550,00

☐ 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.



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>Erivaldo Henri Duarte</i>		CPF <i>94141967149</i>	Código do Órgão <i>211050</i>	A partir de <i>31/16</i>
Convênio Adesão <i>2060</i>	Ação de Marketing <i>0489</i>	Alternativa <i>1</i>	Sucursal <i>F-17</i>	Diretor Regional <i>16000197</i>
Gerente Comercial <i>18000717</i>	Agente	Corretor 1 <i>7265604</i>	Corretor 2 <i>7266604</i>	Gerente de Sucursal <i>3002921</i>

## PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor <i>José Carlos</i>	Código SUSEP <i>2020094353</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>Sim - Lorazepam Sonol</i>
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.	<i>Hipertensão arterial</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>86 kg 189 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 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.

*Gorônia 18/2/16* Local e Data *Erivaldo Henri Duarte* 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



Nº do Instituidor Nome do Instituidor Data da Proposta Nº da Proposta  
 11888 SBOT 05/08/2009 101607566

## QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente CPF do Proponente ☒ Titular ☐ Dependente  
 ERICO HERI DUARTE 9414146779

Natureza do Doc. Identificação Número Órgão Expedidor Data de Expedição  
 4165148 4265148 DGPC 2/12/99

Data de Nascimento Naturalidade Nacionalidade Idade Sexo  
 15/11/82 Minas-90 BRA 39 ☐ F ☒ M

Estado Civil Nome do Cônjuge  
☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo RUIZELIA LAMOUNIER S. DUARTE

Ocupação Principal É pessoa politicamente exposta? <sup>1</sup>  
 Médico ☒ Não ☐ Sim Especificar:

Renda Mensal Endereço Residencial  
 25000,00 Rua 13 Ed THE ONE

Bairro Cidade UF CEP  
 Jd. Goiás Goiânia 90 74810-110

DDD Telefone 1 Telefone 2 Endereço Comercial  
 62 92343535

Bairro Cidade UF CEP  
 DDD Telefone 1 Telefone 2 E-mail

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

Filiação Endereço para Correspondência  
☐ Residencial ☐ Comercial

<sup>1</sup> 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 anos R\$

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  
 RUIZELIA LAMOUNIER S. DUARTE 17/12/82 C 90%

HENRIQUE LAMOUNIER DUARTE 21/8/19 F 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\$ 420.165,07 R\$ 100,00

PECÚLIO POR INVALIDEZ 15.414.000078/2005-52 R\$ 636.363,64 R\$ 50,00

Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. Total da Parcela Adicional de Risco (2) R\$ 550,00  
 CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30%

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) ☐ Débito em Conta ☒ Boleto Bancário  
 23 550,00

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.



**PARA USO DA MONGERAL AEGON**

Nome do Proponente <i>Erico Henri Riquarte</i>		CNPJ <i>94141967149</i>	Código do Órgão <i>21050</i>	A partir de <i>31/11</i>
Convênio Adesão <i>1060</i>	Ação de Marketing <i>0489</i>	Alternativa <i>1</i>	Sucursal <i>F-17</i>	Diretor Regional <i>16000197</i>
Gerente Comercial <i>18000217</i>	Agente	Corretor 1 <i>7265604</i>	Corretor 2 <i>72</i>	Gerente de Sucursal <i>3002421</i>
		Agente Fidelização		

**PARA USO DO CORRETOR**

Nome do Corretor <i>Graciele Cor</i>	Código SUSEP <i>20200 94353</i>	Assinatura <i>[Assinatura]</i>
---	------------------------------------	-----------------------------------

**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 inveracidades 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

*Graciele Cor* *18/2/16*  
Local e Data

*Erico Henri Riquarte*  
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.

Local e Data

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