

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

Suplementar: ☐ Sim ☒ Não

SBOTPrev

Nº TEOT

7803

Nome do Instituidor

Data da Proposta

Nº da Proposta

103440134

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente

Marcelo Luiz Rodrigues de Melo

CPF do Proponente

15397072885

☒ Titular

☐ Dependente

Natureza do Doc. Identificação

R.G.

Número

21.183.777-5

Órgão Expedidor

SSP/SP

Data de Expedição

17/05/11

Data de Nascimento

06/05/72

Naturalidade

SP

Nacionalidade

Bras

Idade

43

Sexo

☒ M ☐ F

Estado Civil

☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo

Nome do Cônjuge

Andreia Dias Jerônimo

Ocupação Principal

médico

É pessoa politicamente exposta?

☒ Não ☐ Sim Especificar:

Renda Mensal

20.000,00

Endereço Residencial

R. José Comparato 91

Bairro

vl. Mariana

Cidade

SP

UF

SP

CEP

01546.070

DDD

11

Telefone 1

995156220

Telefone 2

Endereço Comercial

R. José Comparato 91

Bairro

vl. Mariana

Cidade

São Paulo

UF

SP

CEP

01546.070

DDD

11

Telefone 1

Telefone 2

E-mail

orto.davem@gmail.com

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

CPF do Representante Legal

Filiação

Antonio Carlos de Paiva Melo / Maria Jose de R. de

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

65

anos

Valor da Contribuição (1)

R\$ 100,00

Tributação

☐ Alíquotas Progressivas

☒ Alíquotas Regressivas

Rubrica

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

Andreia Dias Jerônimo

Data de Nascimento

21/12/82

Parentesco*

conjugue

Participação

100%

*A - Avô(ó); 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\$ 217.060,99

Valor da Contribuição

R\$ 100,00

PECÚLIO POR INVALIDEZ (103)

15.414.000078/2005-52

R\$ 828.402,37

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\$ 200,00

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)

300,00

☐ 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.

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>Mario Luiz Rodrigues de Melo</u>		CPF <u>153.970.728.85</u>	Código do Órgão <u>211050</u>	A partir de <u>05/2016</u>
Convênio Adesão <u>1045</u>	Ação de Marketing <u>1076</u>	Alternativa <u>1</u>	Sucursal <u>F57</u>	Diretor Regional <u>16057571</u>
Gerente Comercial <u>3200026-6</u>	Agente <u>27002189</u>	Corretor 1 <u>800-2897</u>	Corretor 2 <u>-</u>	Gerente de Sucursal <u>-</u>

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor <u>Andréa Luquini Joaquim</u>	Código SUSEP <u>-</u>	Assinatura <u>Andréa Luquini Joaquim</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>68</u> kg <u>1,68</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.

Sra. Danilo 29/03/16

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