

ESTIPULANTE

Entidade Fechada de Previdência Complementar

Nº do Contrato

Nº do Sub

CNPJ

DADOS DO PROPONENTE

Nome Completo

Sexo

 F M

Data de Nascimento

CPF

Ocupação Principal

Empresa em que Trabalha

Renda Mensal Bruta
R\$

Av./Rua/Nº/Complemento/Bairro

Cidade

UF

CEP

DDD/ Telefone

DDD/ Celular

E-mail

CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS

Morte

R\$

IPA

R\$

IFPDA

R\$

Prêmio Titular

R\$

Processo SUSEP VG Faixa Etária: 15414.004570 / 2006-88

Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

BENEFICIÁRIOS

Em caso de Morte ou Invalidez do segurado, o único beneficiário, no valor de 100% dos benefícios contratados, será a ENTIDADE FECHADA DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR identificada nesta proposta, para que possa arcar com a manutenção do benefício previsto no regulamento do plano. **O beneficiário não poderá ser alterado pelo participante.**

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de algum medicamento atualmente? Em caso afirmativo, informar qual.	
2. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, inclusive biópsia ou punção, ou esteve internado(a) em regime hospitalar para tratamento médico nos últimos 5 (cinco) anos? Em caso afirmativo, especificar.	
3. Pratica paraquedismo, 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? Em caso afirmativo, especificar.	

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro 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. Autorizo entidades públicas ou privadas a prestar à Seguradora informações relacionadas ao meu estado de saúde, isentando-os de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional. **Declaro que não sou pessoa politicamente exposta, nos termos da Circular SUSEP 380/2008.** Declaro que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos das condições gerais do plano escolhido, **inclusive quanto à atualização monetária e reenquadramento etário, que ocorrerão, anualmente, no aniversário da apólice.** Reconheço que minha assinatura implica na minha automática adesão às condições gerais, sabendo que a aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco. Para os fins previstos nos artigos 774 e 801 do Código Civil e, com base no Art. 1º da Resolução CNSP 107/2004, concedo ao Estipulante o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração das cláusulas e condições da apólice, devendo as comunicações serem encaminhadas àquele, que fica investido dos poderes de representação. Fica ressalvado que os poderes ora outorgados não lhe dão o direito a cancelar o seguro sem meu consentimento expresso, enquanto o pagamento dos prêmios ocorrer integralmente sob minha responsabilidade, **estando ciente de que a apólice poderá não ser renovada em seu aniversário, por decisão do Estipulante ou da Seguradora.**

Local e Data

Assinatura do Proponente

A MONGERAL AEGON tem 15 dias, contados do protocolo, para manifestar-se em relação à recusa desta proposta. Este prazo será suspenso se necessária requisição de outros dados para análise do risco. No caso de não aceitação, o valor já pago será devolvido, atualizado até a data da restituição, conforme regulamentação em vigor.

O registro desses planos na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.