



Nº da Matrícula na ANABB Nº da Proposta

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente CPF do Proponente Titular Dependente

Natureza do Doc. Identificação Número Órgão Expedidor Data de Expedição

Data de Nascimento Naturalidade Nacionalidade Idade Sexo F M

Estado Civil Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo Nome do Cônjuge

Ocupação Principal É pessoa politicamente exposta? ¹ Sim Não Especificar:

Renda Mensal Endereço Residencial

Bairro Cidade UF CEP

DDD Telefone 1 Telefone 2 Endereço Comercial

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 do Proponente (nomes dos pais) Endereço para Correspondência Residencial Comercial

Nome do Associado (caso o proponente não seja o associado) Matrícula do Associado Parentesco

¹ 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 anos Valor da Contribuição (1) R\$

Tributação Alíquotas Progressivas Alíquotas Regressivas Rubrica Taxa de Administração do plano: 2% a.a. Carregamento sobre as contribuições: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC.

BENEFICIÁRIOS DO PLANO (inexistindo indicação de beneficiários, será observado o art. 792 do Código Civil)

Nome Completo	Data de Nascimento	Parentesco*	Participação
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*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

Benefício	Nº Processo SUSEP	Valor do Benefício	Valor da Contribuição
POR MORTE (539)	15414.003084/2007-23	R\$ <input type="text"/>	R\$ <input type="text"/>
POR INVALIDEZ (540)	15414.003084/2007-23	R\$ <input type="text"/>	R\$ <input type="text"/>

Seguros garantidos pela Mongeral S/A Seguros e Previdência
Estipulante: Clube de Seguros Mongeral
CNPJ: 06.227.210/0001-01 - Apólice nº 93.100.028
Total da Parcela Adicional de Risco (2) R\$

O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para sua comercialização. O valor da contribuição para o seguro será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC e em função da nova idade atingida pelo participante. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

DADOS PARA PAGAMENTO

Débito em Conta Boleto Bancário 05 20 Dia do Vencimento Total da Contribuição R\$

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

A aceitação estará sujeita à análise do risco e a Mongeral 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 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

Nome do Proponente		CPF		Código do Órgão		A partir de	
Convênio Adesão	Ação de Marketing	Alternativa	Sucursal	Diretor Regional	Gerente de Sucursal		
Gerente Comercial	Agente	Corretor	Agente Fidelização				

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor	Código SUSEP	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.	
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.	
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.	
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.	
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.	
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.	
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.	
8. É portador(a) do vírus HIV?	
9. Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?	
10. É fumante? Qual a quantidade média de cigarros por dia?	
11. Indique seu peso e altura.	_____ kg _____ m
12. Pratica pára-quedismo, motociclismo, boxe, asa-delta, rodeio, alpinismo, vôo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Especifique.	

Declaro estar ciente de que o regulamento e cartilha do plano, estatuto da ANABBPprev, bem como o material explicativo sobre o referido plano estão disponíveis para consulta no site www.anabbprev.org.br. Declaro também que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos das Condições Gerais dos seguros, contratados pela ANABBPprev na Mongeral, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a ANABBPprev, que seguirá o Regulamento do Plano e as determinações feitas pelo cliente. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão será da ANABBPprev. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos e condições gerais, 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 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 ANABBPprev 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. Para fins previstos nos artigos 774 e 801 do Código Civil e, com base no disposto no Art. 1º da Resolução CNSP 107/2004, pelo presente concedo ao Estipulante da apólice em questão o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas e condições gerais da referida apólice, devendo todas as comunicações e avisos referentes ao contrato serem encaminhados diretamente àquele que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. No entanto, fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe dão o direito a cancelar o seguro aqui proposto 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 ou Representante Legal

PARA USO DA ANABBPprev

Conferido em	Visto
--------------	-------

De acordo com a solicitação do proponente

Local e Data

Assinatura do Representante da ANABBPprev

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor	Código SUSEP	Assinatura

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro estar ciente de que o regulamento e cartilha do plano, estatuto da ANABBPprev, bem como o material explicativo sobre o referido plano estão disponíveis para consulta no site www.anabbprev.org.br. Declaro também que tive prévio e exposto conhecimento e estou de acordo com os termos das Condições Gerais dos seguros, contratados pela ANABBPprev na Mongeral, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a ANABBPprev, que seguirá o Regulamento do Plano e as determinações feitas pelo cliente. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão será da ANABBPprev. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos e condições gerais, 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 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 ANABBPprev 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. Para fins previstos nos artigos 774 e 801 do Código Civil e, com base no disposto no Art. 1º da Resolução CNSP 107/2004, pelo presente concedo ao Estipulante da apólice em questão o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas e condições gerais da referida apólice, devendo todas as comunicações e avisos referentes ao contrato serem encaminhados diretamente àquele que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. No entanto, fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe dão o direito a cancelar o seguro aqui proposto sem meu consentimento exposto, 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 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 ANABBPprev 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 ANABBPprev ou do banco informado nesta proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

Local e Data_____
Assinatura do Correntista**AUTORIZAÇÃO DE ENVIO DE INFORMAÇÕES POR MEIO ELETRÔNICO**

Autorizo a ANABBPprev a me enviar, por meio eletrônico, as informações legais da entidade (relatórios anuais e convocações) e do plano (estatuto, regulamento, cartilha, extratos e boletos).

E-mail_____
Local e Data_____
Assinatura do Proponente**PARA USO DA ANABBPprev**

Conferido em	Visto

De acordo com a solicitação do proponente.

Local e Data_____
Assinatura do Representante da ANABBPprev

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor	Código SUSEP	Assinatura

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro estar ciente de que o regulamento e cartilha do plano, estatuto da ANABBPprev, bem como o material explicativo sobre o referido plano estão disponíveis para consulta no site www.anabbprev.org.br. Declaro também que tive prévio e exposto conhecimento e estou de acordo com os termos das Condições Gerais dos seguros, contratados pela ANABBPprev na Mongeral, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a ANABBPprev, que seguirá o Regulamento do Plano e as determinações feitas pelo cliente. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão será da ANABBPprev. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos e condições gerais, 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 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 ANABBPprev 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. Para fins previstos nos artigos 774 e 801 do Código Civil e, com base no disposto no Art. 1º da Resolução CNSP 107/2004, pelo presente concedo ao Estipulante da apólice em questão o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas e condições gerais da referida apólice, devendo todas as comunicações e avisos referentes ao contrato serem encaminhados diretamente àquele que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. No entanto, fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe dão o direito a cancelar o seguro aqui proposto sem meu consentimento exposto, 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 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 ANABBPprev 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 ANABBPprev ou do banco informado nesta proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

Local e Data

Assinatura do Correntista

AUTORIZAÇÃO DE ENVIO DE INFORMAÇÕES POR MEIO ELETRÔNICO

Autorizo a ANABBPprev a me enviar, por meio eletrônico, as informações legais da entidade (relatórios anuais e convocações) e do plano (estatuto, regulamento, cartilha, extratos e boletos).

E-mail

Local e Data

Assinatura do Proponente

PARA USO DA ANABBPprev

Conferido em	Visto

De acordo com a solicitação do proponente.

Local e Data

Assinatura do Representante da ANABBPprev