

Capec - Carteira de Pecúlios

Pecúlio Invalidez - Inscrição e Alteração

Matrícula:

Nome completo:

Indicação da modalidade desejada

Júnior Pleno Sênior Master Executivo

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: declaro possuir boas condições de saúde e não apresentar nenhuma das doenças listadas no verso deste documento.

Concordo com a "Declaração de Saúde" acima.

Discordo da "Declaração de Saúde" acima. Motivo:

Declaro:

1. Ter conhecimento do Regulamento da CAPEC em vigor e estou ciente de que a aprovação desta proposta invalida qualquer outra anterior do Pecúlio Invalidez.

2. Que não estou aposentado pela Previdência Oficial Básica em data anterior a 06/01/2010.

3. Que devo comunicar imediatamente à PREVI quando aposentar-me pela Previdência Oficial Básica e romper o vínculo empregatício com o Banco do Brasil.

4. Serem verdadeiras as informações aqui prestadas e autorizo a PREVI a consultar informações relativas a meu histórico funcional no Banco do Brasil.

5. Estar ciente de que a PREVI se reserva o direito de analisar, no momento do pagamento, a veracidade das informações acima fornecidas, podendo solicitar documentos adicionais e/ou decidir pela rejeição desta proposta.

Autorizo o débito mensal da contribuição em minha folha de pagamento ou, na falta desta, em minha conta corrente cadastrada na PREVI.

Autorizo que sejam acatadas as alterações de modalidade e de beneficiários dos Pecúlios administrados pela Previ feitas por mim pela Internet e outras operações que eu venha a fazer por meio do uso da minha senha do Autoatendimento da Previ.

Declaro que estou ciente de que a PREVI se reserva o direito de analisar, no momento do pagamento, a veracidade das informações acima prestadas, podendo solicitar documentos adicionais e/ou decidir pela rejeição desta proposta.

Local/Data: _____

Assinatura

ABONO DA ASSINATURA OU RECONHECIMENTO DE FIRMA

Importante: Caso a assinatura seja abonada no Banco do Brasil, é necessária a identificação do abonador (nome e matrícula) e da dependência.

Instruções para preenchimento

Esta proposta é específica para o pecúlio por invalidez e deve ser totalmente preenchida, de modo legível, sem rasuras ou dupla grafia que possam sugerir adulterações. É necessário abonar assinatura em dependência do Banco do Brasil ou reconhecer firma em Cartório.

O(a) beneficiário(a) deste plano é o(a) próprio(a) participante, que adquire o direito à indenização ao aposentar-se por invalidez pela Previdência Oficial.

Somente será admitida:

1. Inscrição de funcionários do Banco do Brasil S.A. ou da PREVI, que não tenham completado 56 anos e que não estejam afastados do serviço por motivo de licença saúde.
2. Elevação do valor do pecúlio para os participantes que não tenham completado 56 e que não estejam afastados do serviço por motivo de licença-saúde.
3. Inscrição do Pecúlio Invalidez quando realizada em conjunto ou após a Inscrição no Pecúlio por Morte.
4. Inscrição de participantes que estejam aposentados pela Previdência Oficial Básica, cuja data de concessão do benefício seja posterior à entrada em vigor do Regulamento da Capec (06/01/2010).

É obrigatória a assinatura do(a) participante ou do(a) procurador(a).

No caso de assinatura por representação, o respectivo instrumento (procuração, curatela, tutela) deverá ser emitido há, no máximo, 30 dias e conter poderes expressos e específicos para representar o segurado do plano de pecúlio junto à PREVI, conforme segue: *"poderes especiais para representá-lo perante à Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil, podendo, livremente, modificar valores, incluir, excluir e alterar beneficiários do(s) planos de pecúlio mantido(s) pelo(a) outorgante junto à Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil, bem como praticar todos os demais atos necessários ao cumprimento do presente mandato."*

RELAÇÃO DAS DOENÇAS QUE IMPEDEM A CONTRATAÇÃO DO PECÚLIO POR MORTE E DAQUELAS CUJA APRESENTAÇÃO DE ATESTADO DE SAÚDE E/OU LAUDO MÉDICO É INDISPENSÁVEL PARA ANÁLISE DA PROPOSTA

1. É vedada a adesão ou elevação da cobertura do Pecúlio por Morte a proponentes que sofram ou tenham sofrido as seguintes doenças:

- a) Doenças psiquiátricas;
- b) LER/DORT;
- c) AIDS;
- d) Aneurisma;
- e) Câncer (excluído o câncer de pele e os casos de existência de câncer há mais de 5 anos);
- f) Cirrose, hepatite crônica, varizes do esôfago;
- g) Todas as doenças listadas no item 1 (para os pecúlios Morte e Cônjuge)
- h) Doença pulmonar obstrutiva crônica;
- i) Insuficiência renal;
- j) Leucemia, linfoma, hemofilia;
- k) Perda da função motora ou visual;
- l) Enfermidades do nervo ótico.

2. A adesão ou elevação da cobertura de Pecúlio a proponentes que tenham sofrido das doenças ou intervenções cirúrgicas abaixo estará condicionada à análise, pela PREVI, mediante apresentação de atestado de saúde e/ou laudo médico credenciado à CASSI, contendo diagnóstico, estágio atual da doença, prognóstico, qualificação do grau de deficiência e influência sobre a longevidade e outros que vierem a ser solicitados:

- a) Transplantes;
- b) Cardiopatias em suas diversas formas, arritmia cardíaca, implante de marca-passo, infarto agudo do miocárdio, ponte de safena, angina, cardiopatia valcular;
- c) Doenças do colágeno/lúpus, artrite reumatoide, esclerodermia;
- d) Mutilação;
- e) Enfermidades que tenham levado à aposentadoria por invalidez;
- f) Câncer de pele e os casos de existência de câncer há mais de 5 anos;
- g) Todas as doenças listadas no item 1 (para os pecúlios Morte e Cônjuge).

OBSERVAÇÃO: É RESERVADO À PREVI O DIREITO DE SOLICITAR ATESTADO DE SAÚDE E/OU LAUDO MÉDICO, MESMO EM OCORRÊNCIAS QUE NÃO ESTEJAM LISTADAS NESTE ANEXO.

Para esclarecimentos adicionais, a PREVI disponibiliza os seguintes telefones: **0800-031-0505** e **0800-729-0505**

Endereço para envio do Formulário:

PREVI/GEVAR

Correios: Praia de Botafogo, 501 - 3º andar - Rio de Janeiro - RJ. CEP: 22250-040

Malote do Banco do Brasil: Prefixo 9.000-X