

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

NOME:

MATRÍCULA:

ESTADO CIVIL:

INDICAÇÃO DA MODALIDADE DESEJADA:

☐

JÚNIOR

☐

PLENO

☐

SÊNIOR

☐

MASTER

☐

EXECUTIVO

Declaração de Saúde: Declaro possuir boas condições de saúde e não apresentar nenhuma das doenças que impedem a contratação do Pecúlio Morte ou daquelas cuja apresentação de atestado de saúde e/ou laudo médico é indispensável para análise da proposta, conforme rol de doenças listadas no site da Previ.

☐

Concordo com a "Declaração de Saúde" acima.

☐

Discordo da "Declaração de Saúde" acima. Motivo: _____

(Declaração dispensável caso se trate de formulário somente para alteração de beneficiários)

Rol de Profissões: Declaro que não exerço nenhuma das profissões impeditivas à contratação, conforme rol disponível no site da Previ. Estou ciente de que não estarei coberto pelo Pecúlio caso exerça-as ou venha a exercê-las, comprometendo-me comunicar à Previ o início do seu exercício, para fins de cancelamento do pecúlio.

INDICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS - Preenchimento obrigatório

1. Nome: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____

Percentual: _____

Vínculo: _____

2. Nome: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____

Percentual: _____

Vínculo: _____

3. Nome: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____

Percentual: _____

Vínculo: _____

4. Nome: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____

Percentual: _____

Vínculo: _____

5. Nome: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____

Percentual: _____

Vínculo: _____

☐ **NÃO DESEJO A REVERSÃO ENTRE BENEFICIÁRIOS:** A reversão é determinação do participante de que, no falecimento de qualquer um dos beneficiários, o percentual do pecúlio a este destinado seja redistribuído, em partes iguais, entre os demais beneficiários. O não preenchimento do campo acima significa a opção pela reversão entre os beneficiários.

Declaro ter conhecimento do Regulamento da Capec em vigor e estou ciente de que a aprovação desta proposta invalida qualquer outra anterior do Pecúlio por Morte.

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 serem verdadeiras as informações aqui prestadas e autorizo que sejam consultadas, junto ao Banco do Brasil S.A., informações relativas a meu histórico funcional.

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas e estou 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.

Os dados pessoais de crianças ou adolescentes indicados neste formulário serão tratados com a finalidade de executar sua inclusão como beneficiário no plano C e os serviços a ele relacionados. A Previ fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do(a) menor com outros agentes de tratamento de dados, para cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei 13.709/2018). Maiores informações sobre como a Previ realiza o tratamento de dados pessoais podem ser consultadas na sua declaração de Privacidade, disponível no link abaixo ou por meio dos seus canais de atendimento. <https://www.previ.com.br/portal-previ/declaracao-de-privacidade/>.

Local: _____

Data: _____

Assinatura ou Assinatura Digital

No caso de assinatura física, será necessário o reconhecimento de firma em cartório

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Esta proposta é específica para o Pecúlio por Morte e deve estar totalmente preenchida, de modo legível, sem rasuras ou dupla grafia, que possam sugerir adulterações. É necessário assinar de forma digital desde que seja possível realizar a validação.

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, 90 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."*

Atenção

- 1) O Campo declaração de saúde é de preenchimento obrigatório para Inscrição e/ou Alteração de Plano. No caso de alteração somente de beneficiários, este campo não deverá ser preenchido.
- 2) Você pode incluir substitutos aos beneficiários indicados. Em caso de inclusão de beneficiário substituto, utilizar a expressão "em sua falta" depois do beneficiário principal, como no exemplo:

Beneficiário A: 100%

Em sua falta

Beneficiário B: 34%

Beneficiário C: 33%

Beneficiário D: 33%

Todas as páginas deste formulário devem ser assinadas. Formulários com páginas não assinadas serão recusados.

Assinatura ou Assinatura Digital

Mais informações sobre como a Previ realiza o tratamento de dados pessoais podem ser consultadas por meio dos seus canais de atendimento ou na sua Declaração de Privacidade, disponível em <https://www.previ.com.br/portal-previ/declaracao-de-privacidade/>.

O formulário deverá ser enviado digitalmente para o e-mail: vinculo@previ.com.br