

Dados do Participante - Preenchimento obrigatório

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 listadas no verso deste documento (O preenchimento é dispensado caso se trate de formulário para alteração de beneficiários).

Concordo com a "Declaração de Saúde" acima.

Discordo da "Declaração de Saúde" acima. Motivo:

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.

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 Morte e deve estar 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.

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%

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) Doença de Parkinson, Alzheimer e esclerose múltipla;
- 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