

### 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.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou Assinatura Digital

### 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 ou 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%

O formulário deverá ser enviado digitalmente para o e-mail: [vinculo@previ.com.br](mailto:vinculo@previ.com.br)