

#### IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

NOME:

ESTADO CIVIL:

MATRÍCULA:

FINALIDADE DA PROPOSTA:

INSCRIÇÃO INICIAL

ALTERAÇÃO DE:

MODALIDADE

INTEGRANTE

BENEFICIÁRIO

#### IDENTIFICAÇÃO DO(A) INTEGRANTE (CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A))

NOME COMPLETO(Sem abreviação):

DATA DE NASCIMENTO:

CPF:

SEXO:

M

F

ESTADO CIVIL:

COMPANHEIRO(A)

CÔNJUGE

DATA DO CASAMENTO/UNIÃO:

IDENTIDADE:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

EMIÇÃO:

FILIAÇÃO:

MÃE:

PAI:

NACIONALIDADE:

NATURALIDADE:

#### INDICAÇÃO DA MODALIDADE DESEJADA

PREENCHER SOMENTE NO CASO DE INSCRIÇÃO OU ALTERAÇÃO DO PLANO

JÚNIOR

PLENO

SÊNIOR

MASTER

EXECUTIVO

**Declaração de Saúde:** Declaro que o(a) INTEGRANTE indicado(a) nesta proposta possui boas condições de saúde, não apresentando nenhuma das doenças impeditivas à contratação do Pecúlio Especial ou daquelas cujas apresentações de atestado de saúde e/ou laudo médico é indispensável para análise da proposta, conforme rol de doenças disponível 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 o(a) INTEGRANTE do Pecúlio Especial não exerce nenhuma das profissões impeditivas à contratação. Estou ciente de que não estarei coberto pelo Pecúlio Especial caso o(a) INTEGRANTE exerça-as ou venha a exercê-las, comprometendo-me comunicar à Previ o início do seu exercício, para fins de cancelamento do Pecúlio Especial.

## 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: \_\_\_\_\_

- 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 Especial. Declaro ainda, sob pena de falsidade, meu interesse pela preservação da vida do(a) integrante indicado(a) nesta 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 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 Especial. O evento que caracteriza direito ao recebimento do Pecúlio é o falecimento do integrante do Plano. Este formulário deve ser totalmente preenchido, de modo legível, não contendo rasuras ou dupla grafia que sugestionem adulterações. É necessário abonar assinatura em dependência do Banco do Brasil ou reconhecer firma em Cartório.

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.** Indique a finalidade da Proposta, se inscrição Inicial ou Alteração de modalidade, beneficiário ou integrante.
- 2.** Para Inscrição Inicial ou Alteração de Integrante todas as informações são obrigatórias, para as demais solicitações é exigido o preenchimento do nome, data de nascimento e CPF.
- 3.** O campo indicação da modalidade desejada só é de preenchimento obrigatório para Inscrição e/ou Alteração de Plano. Nos demais casos, este campo não deverá ser preenchido

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