

#### IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

NOME:

MATRÍCULA:

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 à contratação do Pecúlio Invalidez 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 listadas no rol de profissões impeditivas a sua 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.

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(a) pela Previdência Oficial Básica em data anterior a vigência do atual Regulamento da Capec.
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. 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.

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 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 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 atual Regulamento da Capec.
5. **Todas as páginas deste formulário devem ser assinadas. Formulários com páginas não assinadas serão recusados.**

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."*

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