



CARTEIRA DE PECÚLIOS

Pecúlio por Morte - Inscrição e Alteração

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

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%

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

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