

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: _____

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.

1. Declaro 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. Declaro que não estou aposentado(a) pela Previdência Oficial Básica em data anterior a vigência do atual Regulamento da Capec.

3. Declaro que devo comunicar imediatamente à Previ quando aposentar-me pela Previdência Oficial Básica e romper o vínculo empregatício com o Banco do Brasil.

4. Declaro 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.

Os dados pessoais de crianças ou adolescentes indicados neste formulário serão tratados com a finalidade de executar sua inclusão como beneficiário no plano Capec 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

No caso de assinatura física, será necessário o reconhecimento de firma em cartório

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.

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 anos e que não estejam afastados do serviço por motivo de licença-saúde.

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."*

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