

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:

E-MAIL:

PROFISSÃO:

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.

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 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 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

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