

Finalidade da proposta

Inscrição Inicial

Alteração de:

Modalidade

Beneficiário

Integrante

Dados do Participante - Preenchimento obrigatório

Nome:

Matrícula: Estado civil:

Dados 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: Emissão:

Filiação: Mãe:

Pai:

Nacionalidade: Naturalidade:

Profissão:

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: Declaro que o Cônjuge/companheiro(a) indicado(a) como integrante possui boas condições de saúde e não apresenta nenhuma das doenças listadas no verso deste documento (O preenchimento é dispensado caso se trate de formulário para alteração de beneficiários).

Concordo com a "Declaração de Saúde" acima.

Discordo da "Declaração de Saúde" acima. Motivo:

Indicação da modalidade desejada

Preencher somente no caso de inscrição ou alteração do plano

Júnior

Pleno

Sênior

Master

Executivo

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.

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.

RELAÇÃO DAS DOENÇAS QUE IMPEDEM A CONTRATAÇÃO DO PECÚLIO POR MORTE E DAQUELAS CUJA APRESENTAÇÃO DE ATESTADO DE SAÚDE E/OU LAUDO MÉDICO É INDISPENSÁVEL PARA ANÁLISE DA PROPOSTA

1. É vedada a adesão ou elevação da cobertura do Pecúlio por Morte a proponentes que sofram ou tenham sofrido as seguintes doenças:

- a) Doenças psiquiátricas;
- b) LER/DORT;
- c) AIDS;
- d) Aneurisma;
- e) Câncer (excluído o câncer de pele e os casos de existência de câncer há mais de 5 anos);
- f) Cirrose, hepatite crônica, varizes do esôfago;
- g) Doença de Parkinson, Alzheimer e esclerose múltipla;
- h) Doença pulmonar obstrutiva crônica;
- i) Insuficiência renal;
- j) Leucemia, linfoma, hemofilia;
- k) Perda da função motora ou visual;
- l) Enfermidades do nervo ótico.

2. A adesão ou elevação da cobertura de Pecúlio a proponentes que tenham sofrido das doenças ou intervenções cirúrgicas abaixo estará condicionada à análise, pela PREVI, mediante apresentação de atestado de saúde e/ou laudo médico credenciado à CASSI, contendo diagnóstico, estágio atual da doença, prognóstico, qualificação do grau de deficiência e influência sobre a longevidade e outros que vierem a ser solicitados:

- a) Transplantes;
- b) Cardiopatias em suas diversas formas, arritmia cardíaca, implante de marca-passo, infarto agudo do miocárdio, ponte de safena, angina, cardiopatia valvular;
- c) Doenças do colágeno/lúpus, artrite reumatoide, esclerodermia;
- d) Mutilação;
- e) Enfermidades que tenham levado à aposentadoria por invalidez;
- f) Câncer de pele e os casos de existência de câncer há mais de 5 anos;
- g) Todas as doenças listadas no item 1 (para os pecúlios Morte e Cônjuge).

OBSERVAÇÃO: É RESERVADO À PREVI O DIREITO DE SOLICITAR ATESTADO DE SAÚDE E/OU LAUDO MÉDICO, MESMO EM OCORRÊNCIAS QUE NÃO ESTEJAM LISTADAS NESTE ANEXO.

Para esclarecimentos adicionais, a PREVI disponibiliza os seguintes telefones: **0800-729-0505**

Endereço eletrônico para envio do Formulário:

vinculo@previ.com.br