

*ATENÇÃO: os dados a seguir são da pessoa que será PARTICIPANTE do plano Capital Prev Mais, podendo ser um participante ou assistido de um plano já administrado pela Capital Prev ou familiar destes.

*De forma bem simples, PARTICIPANTE é a pessoa que faz adesão ao plano, mesmo que o plano seja pago pelo responsável financeiro.

*Preencher todos os campos (obrigatoriamente).

Nome Completo (titular do plano):

Data de Nascimento:

CPF:

Sexo:

Estado Civil:

Celular com DDD:

E-mail Pessoal:

Endereço:

Nº:

CEP:

Bairro:

Cidade:

Estado:

ATENÇÃO: indicar abaixo a pessoa (participante ou assistido) que possui vínculo com a Capital Prev, através de um plano já administrado pela Fundação (Plano BD ou Plano II).

Nome Completo (participante ou assistido):

CPF.:

Grau de parentesco:

Celular com DDD:

E-mail:

OPÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

A Contribuição Básica do Participante é obrigatória, e será por ele fixada na data de ingresso no Plano, em valor de sua livre escolha, observado o valor mínimo de R\$ 100,00 (cem reais).

Contribuição básica. R\$ _____

ESCOLHA A FORMA DE PAGAMENTO

() Débito em Conta Corrente (BANESTES)

() Boleto Bancário

Declaro ter recebido da Capital Prev de forma digital:

* cópia do Estatuto, Regulamento do Plano, Material Explicativo e Certificado do Participante, conforme estabelecido no Regulamento.

* Declaro que li e estou ciente de que os dados pessoais por mim fornecidos, incluindo, quando aplicável, dados de terceiros e/ou menores, serão tratados pela Capital Prev para as finalidades relacionadas à adesão, manutenção e gestão do plano, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018). Declaro, ainda, que possuo autorização para o fornecimento de dados de terceiros e/ou menores, responsabilizando-me pela veracidade e legitimidade dessas informações.

ASSINATURA

Local e data: _____/_____/_____/_____

Assinatura _____

Deferimento Capital Prev