

5) JOIA	
Requer cálculo de joia para decisão da opção de inscrição:	
<input type="checkbox"/> Sim, desejo receber o valor da joia para decisão posterior sobre a forma de adesão.	<input type="checkbox"/> Não, desejo aderir sem cálculo de joia prévio.
6) CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL	
DESEJA REALIZAR CONTRIBUIÇÕES ADICIONAIS AO PLANO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CASO AFIRMATIVO INFORMAR OPÇÃO:	
<input type="checkbox"/> Valor Definido Mensal. Informar o valor: R\$ _____	<input type="checkbox"/> % do salário de contribuição. Informar percentual: _____

Conforme previsto nos art. 3º § 7º e § 8º do Regulamento do Plano Básico:

§ 7º - A inscrição neste Plano, quando requerida 90 (noventa) dias após o início de vínculo com quaisquer das patrocinadoras, fica condicionada a realização de exames médicos.

§ 8º - Diagnosticada, no exame médico de que trata o parágrafo anterior, doença preexistente que traga risco de invalidez ou morte, a inscrição será condicionada ao pagamento, a vista, por parte do interessado, do custo do respectivo risco em razão da doença preexistente, calculada pelo atuário do Plano.

Portanto, a adesão somente será efetivada após o resultado do exame médico, sem retroatividade à data de solicitação da adesão.

Data do Pré-Requerimento: Curitiba, ____ de _____ de _____.

.....

Assinatura do Requerente

PREECHIMENTO APÓS O RESULTADO DO CALCULO DE JOIA (Quando for necessário):	
Valor Apurado de Joia (informado pela Previcel):	
Com o resultado do cálculo de joia	
<input type="checkbox"/> Desejo aderir com pagamento de joia na forma estabelecida abaixo.	<input type="checkbox"/> Desejo aderir sem pagamento de joia.
FORMA DE PAGAMENTO DE JOIA	
<input type="checkbox"/> À vista, no valor de R\$ _____	
<input type="checkbox"/> Parcelado (em até 12 vezes, atualizadas monetariamente pela variação do INPC/IBGE acrescido da taxa de juros). Nº de Parcelas: _____	
<input type="checkbox"/> Percentual aplicado sobre o Salário de Participação pago mensalmente. Percentual de _____%	
PREECHIMENTO APÓS APURAÇÃO DO CUSTO REFERENTE AO RISCO EM RAZÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE (Quando houver restrição apontada pelo exame médico)	
Valor Apurado (informado pela Previcel):	
Com o resultado	
<input type="checkbox"/> desejo aderir com pagamento do respectivo custo.	<input type="checkbox"/> Não desejo aderir.

O signatário requer sua inscrição e a de seus beneficiários nos termos do Estatuto e do Regulamento do Plano Básico da PREVICEL, responsabilizando-se para fins de direito pelas informações ora prestadas e autoriza a Patrocinadora a descontar em folha de pagamento a contribuição devida.

Declaro ainda ter recebido cópia do Estatuto e Regulamento do Plano Básico da PREVICEL, bem como informações sobre o valor da jóia e suas formas de pagamento, e que estou ciente e de acordo com as disposições neles contidas.

Declaro para os devidos fins, serem verídicos os dados preenchidos acima, bem como, comprometo-me a manter atualizado o endereço e os dados de meus beneficiários.

Data da Adesão Efetiva: Curitiba, ____ de _____ de _____.

.....

Assinatura Participante

USO EXCLUSIVO DA PREVICEL	
OBSERVAÇÕES:	
Implantado por:	Data: ____/____/____
Em ____/____/____.	_____ Diretor de Seguridade