

## ▶ TERMO DE REINSCRIÇÃO

Pelo presente Termo, o Participante abaixo identificado, diante do cancelamento de sua inscrição no Plano de Benefícios administrado pela Fundação Libertas em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, e não tendo efetivado o Resgate de suas contribuições vertidas, manifesta sua intenção de retornar ao citado Plano de Benefícios.

Declara neste ato ter ciência de que deverá retomar o pagamento de todas contribuições ao plano a que estiver obrigado e que de acordo com o Regulamento do Plano, as carências serão reiniciadas a partir de então, somando-se àquelas computadas até a data do cancelamento da inscrição, não se computando o prazo em que o Participante permaneceu com sua inscrição cancelada.

Nesta oportunidade, o Participante autoriza a dedução da taxa de administração do Saldo das Contas, devida no período em que se manteve como cancelado do plano, observado o Plano de Custeio vigente à época de seu retorno.

|                       |                         |                             |                              |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Nome:                 |                         | Matrícula Fundação LIBERTAS |                              |
| Patrocinadora:        | Nome do Plano:          | Data de Cancelamento:       | Data da Última contribuição: |
| CPF:                  | Carteira de Identidade: | Orgão Emissor:              |                              |
| Endereço Residencial: | Nº:                     | Complemento:                | Bairro:                      |
| Cidade:               | Estado::                | Telefone::                  |                              |
| E-mail:               |                         |                             |                              |

Belo Horizonte, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Fundação Libertas De Seguridade Social