

Matrícula Fundação Libertas:

Matrícula na Patrocinadora:

**DADOS PESSOAIS**

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Naturalidade:

CPF:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

Telefone fixo:

Telefone celular:

E-mail:

Nome da mãe:

**DADOS BANCÁRIOS**

Nome do Banco:

Código da Agência:

Número da Conta:

Em caso de alteração dos dados, **anexar comprovante bancário.****DADOS DOS BENEFICIÁRIOS**

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

Parentesco:

**Anexar cópias dos documentos de identificação, CPF e certidão de casamento do(s) beneficiário(s).**

### DADOS DOS DESIGNADOS

Nome:	Sexo:	Data de nascimento:	Parentesco:
_____	_____	_____	_____
Nome:	Sexo:	Data de nascimento:	Parentesco:
_____	_____	_____	_____
Nome:	Sexo:	Data de nascimento:	Parentesco:
_____	_____	_____	_____
Nome:	Sexo:	Data de nascimento:	Parentesco:
_____	_____	_____	_____

#### Anexar cópias dos documentos de identificação e CPF do(s) designado(s).

Comprometo-me a informar à Fundação Libertas qualquer alteração ocorrida nas informações aqui prestadas, em até 30 (trinta) dias de sua ocorrência, sob pena de me responsabilizar pelos danos causados ao plano decorrentes das informações não prestadas tempestivamente, bem como declaro que as informações são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela finalidade destas. Quaisquer alterações serão inviabilizadas na ausência da documentação obrigatória.

### TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como participante do Plano Previdencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano previdencial ora formalizada, disponha dos meus dados pessoais e, eventualmente dados pessoais sensíveis, desde que necessários, bem como de meus dependentes porventura inscritos, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades específicas constantes deste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

Autorizo ainda, especificamente, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes eventualmente inscritos como beneficiários no plano previdencial.

### ASSINATURAS

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

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

Assinatura do participante