

Plano: CodemigPrev - CNPB nº 2013.0016-65

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome: _____

CPF: _____

Matrícula Libertas: _____

Endereço: _____

Nº: _____

Complemento: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone: _____

Telefone Celular: _____

E-mail: _____

Conforme previsto no Regulamento do Plano CodemigPrev, informo que desejo verter para o Plano a(s) Contribuição(ões) Extraordinária(s), conforme abaixo:

CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA VOLUNTÁRIA

Participante e do Assistido	(*) valor unitário	R\$
-----------------------------	--------------------	-----

Desejo realizar as Contribuições Extraordinárias Voluntárias da seguinte forma:

Deconto em folha de pagamento de Patrocinadora

Boleto Bancário - Vencimento no último dia do mês subsequente ao protocolo da solicitação

IMPORTANTE: valor mínimo de 1 URP - Unidade de Referência do Plano, pelo período mínimo de 12 meses. Para a renovação da Contribuição Extraordinária Voluntária do Participante e do Assistido, após o período de 12 meses, é necessário o preenchimento de uma nova solicitação

CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA EVENTUAL

Participante e do Assistido	(*) valor unitário	R\$
-----------------------------	--------------------	-----

Desejo realizar a(s) Contribuição(ões) Extraordinária(s) Eventual(is) da seguinte forma:

Deconto em folha de pagamento de Patrocinadora

Boleto Bancário

Valor unitário da(s) Contribuição(ões) Quantidade Total de Contribuição (ões)	Período				
	Mês:	Ano:	a	Mês:	Ano:
R\$					

IMPORTANTE: valor mínimo de 2 URP 's - Unidade de Referência do Plano, pelo período máximo de 4 vezes ao ano. O valor da URP está disponível para consulta no site e nos canais de atendimento da Fundação Libertas.

Declaro estar ciente de que o desconto em folha ou boleto bancário será processado no mês subsequente ao do protocolo desta solicitação junto a Fundação Libertas.

Assumo a responsabilidade integral das informações prestadas e declaro ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios.

Autorizo a administração do Plano a tomar todas as providências necessárias conforme minha solicitação neste documento. Para a renovação da Contribuição Extraordinária Voluntária do Participante e do Assistido, após o período de 12 meses, é necessário o preenchimento de uma nova solicitação

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.

ASSINATURA

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