

Nome do Participante:

Nº de Matrícula no Plano VocêPrev:

CPF:

**PARTICIPANTE ATIVO****PARTICIPANTE VINCULADO****• Participante Ativo (até 6 meses a cada 12 contribuições para o Plano)**

Com base no § 2º do artigo 20 do Regulamento do Plano VocêPrev, solicito, observada a antecedência de até 30 dias, a suspensão temporária, por \_\_\_\_\_ meses consecutivos, das minhas Contribuições Básicas para o Plano, ciente que estarei obrigado a descontar do meu saldo de contas as Contribuições de Risco durante o período de suspensão, caso eu tenha optado pela Cobertura de Risco Adicional. Estou ciente que durante o período de suspensão arcarei com o custeio das despesas administrativas devidas ao VocêPrev.

**• Participante Vinculado (até 6 meses a cada 12 contribuições para o Plano)**

Com base no § 4º do artigo 20 do Regulamento do Plano VocêPrev, solicito, observada a antecedência de até 30 dias, a suspensão temporária, por \_\_\_\_\_ meses consecutivos, das minhas Contribuições Básicas para o Plano, ciente que estarei obrigado a descontar do meu saldo de contas as Contribuições de Risco durante o período de suspensão, caso eu tenha optado pela Cobertura de Risco Adicional. Estou ciente que durante o período de suspensão arcarei com o custeio das despesas administrativas devidas ao VocêPrev.

**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