

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:
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