

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:				

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

Aprovação: ____/____/_____.

Fundação Libertas De Seguridade Social

