

Nome do titular (sem abreviatura):

| | | | |
|---------------------|---------------------|--------------------------|--------------|
| Matrícula Libertas: | Patrocinadora: | Matrícula patrocinadora: | |
| Logradouro: | | Nº: | Complemento: |
| Bairro/Distrito: | Cidade: | UF: | CEP: |
| Telefone fixo: | Telefone comercial: | Telefone celular: | |
| E-mail: | | | |

Na qualidade de **BENEFICIÁRIO TITULAR** (demitido, exonerado, aposentado, licenciado) solicito a minha permanência e de meus dependentes inscritos, no mesmo contrato de prestação de serviços médico-assistenciais que gozava quando da vigência do meu contrato de trabalho, conforme disposições da Lei No 9656 de 03/06/1998 artigos 30 e 31, regulamentadas pelo Conselho de Saúde Suplementar e fiscalizada pela ANS – Agência Nacional de Saúde.

Comprometo-me a efetuar o pagamento integral das mensalidades, entendendo como tal a soma das contribuições patronal e funcional, relativas a minha faixa etária e/ou percentual sobre salário, e dos meus dependentes, devendo as faturas serem remetidas para o endereço acima indicado.

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como beneficiário do plano assistencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano assistencial 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 assistencial.

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 beneficiário titular

Manutenção a partir de: ____/____/_____
até: ____/____/_____.

Observações:
