

Nome do Instituidor:

Nome: _____ Matrícula Fundação Libertas: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro/Distrito: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefones: _____ Carteira de Identidade: _____ CPF: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

E-mail: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome:	Grau de Parentesco:	Data de Nascimento	Rateio %	Marque X para o Beneficiário de Imposto de Renda
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PARTICIPANTE DO PLANO

OPÇÕES DE RENDA MENSAL

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Benefício Temporário (____) meses (mínimo 12 e máximo 60). | <input type="checkbox"/> Saque De Até 25%(____). (sobre a conta do benefício concedido) |
| <input type="checkbox"/> (____)%, (entre 10 a 70% em intervalos de 10%) % sobre o saldo da Conta Individual do Participante | <input type="checkbox"/> Desejo receber a parcela referente ao abono anual (13 – Décimo terceiro) |

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.

Declaro junto à fundação Libertas, serem verdadeiras todas as informações acima.

Local:____/____/_____
Data:_____
Assinatura do requerente