

NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO DO PLANO PREVIDENCIAL, VENHO REQUERER O BENEFÍCIO ABAIXO ASSINALADO:

<input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal	<input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada	<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez	<input type="checkbox"/> Pensão	<input type="checkbox"/> Benefício Proporcional Diferido (BPD)
-----------------------------------------------	---------------------------------------------------	------------------------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

Nome: _____

Matrícula Patrocinadora: _____

Matrícula Fundação Libertas: _____

Endereço: _____

Nº: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefones: _____

Carteira de Identidade: _____

CPF: _____

E-mail: _____

Banco: _____

Agência: _____

Conta Corrente: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

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

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DESIGNADOS

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

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PARTICIPANTE DO PLANO DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA - CD

Saque à Vista (até 25% da CIB): _____%

 Pagamento Único

Com reversão em Benefício de Pensão por Morte:

 Sim Não

Opções de Renda Mensal
 Prazo Indeterminado Prazo Certo: () anos
 (5, 10, 15, 20, 25 ou 30 anos)

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

 Local

 ____/____/_____
 Data

 Assinatura do requerente