

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

<input type="checkbox"/> Supl. Apos. por Invalidez	<input type="checkbox"/> Supl. Apos. Normal	<input type="checkbox"/> Supl. Apos. Antecipada	<input type="checkbox"/> Supl. Apos. Especial	<input type="checkbox"/> Supl. Auxílio Doença
<input type="checkbox"/> Pensão por Morte	<input type="checkbox"/> Auxílio Reclusão	<input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte	<input type="checkbox"/> Benef. Proporc. Diferido (BPD) p/Recebimento _____ ANOS (de 15 a 30 anos)	

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula Patrocinadora: \_\_\_\_\_

Matrícula Fundação Libertas: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

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

## 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