

Cota única (comum a todos os planos). **Parcelar em (___) parcelas**
(Até 60 parcelas, em acordo com regulamento específico).

Nome do Titular Falecido: _____ Matricula: _____ Patrocinadora: _____

CPF: _____ Data Nascimento: _____ Data Inscrição: _____ RG: _____

Nome do Dependente: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____ Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade:: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Banco _____ Código Agência: _____ Conta Corrente: _____

E-mail: _____ Data: _____ Assinatura do dependente: _____

Nome do Dependente: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____ Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade:: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Banco _____ Código Agência: _____ Conta Corrente: _____

E-mail: _____ Data: _____ Assinatura do dependente: _____

Nome do Dependente: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____ Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade:: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Banco _____ Código Agência: _____ Conta Corrente: _____

E-mail: _____ Data: _____ Assinatura do dependente: _____

As importâncias não recebidas em vida pelo ATIVO/ASSISTIDO, relativas às prestações vencidas e não prescritas, serão pagas aos Beneficiários habilitados à Pensão por Morte ou Auxílio reclusão, qualquer que seja o seu valor, em pagamento único e na proporção da respectiva quantidade de cotas ou, na ausência destes, aos Beneficiários Designados, ou também na ausência destes, aos herdeiros habilitados na forma da legislação vigente pertinente à matéria, e neste caso, mediante apresentação de Alvará Judicial à Fundação.

O formulário deve ter a assinatura com reconhecimento de firma em cartório ou apresentação do documento de identidade original no ato do protocolo na Libertas.

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.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.