

Nome do Titular Falecido: \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_ Instituidor: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

Ocorrendo o falecimento do ex-Participante durante o pagamento parcelado do Resgate, o saldo remanescente da Conta Individual do Participante, registrada em seu nome e devido a esse título, será pago aos seus Beneficiários, sendo rateado em partes iguais ou, na inexistência de Beneficiários, será destinado ao seu espólio, e não sendo reclamados pelo representante legal do espólio mediante apresentação de formal de partilha, alvará judicial ou inventário cartorial, uma vez esgotado o prazo prescricional previsto neste Regulamento e atendidas as exigências legais, o valor será revertido ao Fundo Valores Remanescentes, de que trata o artigo 83.

### **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.