

Pelo presente Termo de Opção, eu, o participante abaixo qualificado manifesto a decisão pela manutenção da inscrição no Plano COHABPrev, administrado pela Fundação Libertas. Esta opção objetiva manter a continuidade da condição de participante neste Plano e assegurar a percepção dos benefícios oferecidos conforme regulamento, quando do preenchimento das carências, bem como para exercer por meio deste direito de "AUTOPATROCÍNIO", a opção de continuar a pagar os valores da parcela de minha contribuição e a parcela relativa à contribuição da patrocinadora, na forma disciplinada no Regulamento, conforme previsto no artigo 14, inciso IV da LC 109, de 29.05.01 e artigo 22 da Resolução CGPC no 06, de 30.10.03. Declaro ter conhecimento das normas regulamentares pertinentes, comprometendo-me a apresentar toda a documentação exigida.

Obs.: Caso o participante retorne as atividades na empresa, fica ciente de que DEVE comunicar o retorno formalmente à Fundação Libertas, para que sua Opção de AUTOPATROCÍNIO seja cancelada.

Nome: _____		Matrícula Fundação Libertas: _____	
Patrocinadora: _____	Data de Admissão: _____	Data de Inscrição: _____	Demissão: _____
CPF: _____	Carteira de Identidade: _____	Órgão Emissor: _____	
Filiação: _____			
Endereço: _____			
Cidade: _____	Estado: _____	CEP: _____	
E-mail: _____	Telefone Fixo: _____	Telefone Celular: _____	
Data de Início do Auto Patrocínio: _____			

CÁLCULO DA CONTRIBUIÇÃO

Remuneração: <input style="width: 150px;" type="text"/>	% de Contribuição Participante: <input style="width: 100px;" type="text"/>
Salário de Contribuição: <input style="width: 150px;" type="text"/>	Valor Mensal da Contribuição: <input style="width: 100px;" type="text"/>
% de Contribuição Patrocinadora: <input style="width: 100px;" type="text"/>	

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.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

APROVAÇÃO

_____/_____/_____
Data da aprovação

Fundação Libertas de Seguridade Social