

Pelo presente Termo de Opção, eu, o participante abaixo qualificado manifesto minha decisão pela manutenção da inscrição no plano como participante **Remido**. Esta opção objetiva manter a continuidade da condição de participante no Plano Previdencial, administrado por esta Fundação e assegurar a percepção do **Benefício Proporcional Diferido**, conforme ditames da Lei Complementar 109 de 29 de Maio de 2001 e do Regulamento do Plano do Previdencial.

Declaro conhecer todas as normas regulamentares pertinentes, comprometendo-me a apresentar toda a documentação exigida.

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 de BPD:			

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