

Nome:

Plano: _____ Matrícula no plano: _____

Logradouro: _____ Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone fixo: _____ Telefone celular: _____

E-mail: _____

BANCOS CONVENIADOS – ESCOLHA UMA**BANCO DO BRASIL****BANCO ITAÚ****Dados bancários**Débito em conta: dados da conta bancária **(para opção débito em conta)**

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Titular da conta: _____ CPF: _____

Autorizo o débito automático na conta corrente de que sou titular, do pagamento das contribuições. Comprometo-me a manter na referida conta saldo disponível e suficiente para liquidação dos valores relativos aos débitos, na data de seus respectivos vencimentos. Declaro ter conhecimento que a Fundação Libertas não se responsabiliza pela não efetivação do débito ou por suas consequências em razão da insuficiência de saldo em minha conta corrente.

NECESSÁRIA A APRESENTAÇÃO DE COMPROVANTE QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS.**Tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis**

Como beneficiário do plano assistencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano assistencial 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 assistencial.

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 beneficiário