

Empresa que você trabalha:

Você é titular ou dependente do plano?

 Titular Dependente

Se você é dependente, favor informar:

Nome do titular do plano:

CPF do titular do plano:

Seu grau de parentesco com o titular:

Dados pessoais

Nome completo:

Nome social:

Matrícula na empresa (do titular):

Data de admissão (do titular):

Data de nascimento:

Sexo M/F:

Estado civil:

CPF:

Atividade principal:

Naturalidade:

N° identidade:

Órgão expedidor:

Data expedição:

Endereço:

N°:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Telefone residencial

Telefone celular:

Telefone profissional:

E-mail pessoal:

E-mail profissional:

Campo de preenchimento da Fundação Libertas

CNS:

Tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis

Como participante 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.

Declaração e assinatura

Declaro, para os devidos fins, conhecer o teor do Regulamento do plano assistencial no qual me inscrevo neste ato e cujos dispositivos me obrigo a observar e cumprir. Na qualidade de participante, comprometo-me a pagar as contribuições mensais a que estiver sujeito, inclusive as devidas participações nas despesas assistenciais, quando for o caso, através de desconto em minha remuneração ou da forma determinada pela Fundação.

Data:

Assinatura do titular:

Documentação necessária

- Cópia do documento de identidade e CPF do titular e do dependente;
- Documento comprobatório de parentesco (Certidão de Casamento, Certidão de Nascimento, Declaração de União Estável – disponível no site da Fundação Libertas);
- Comprovante de endereço.