

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

Nome do Participante Titular:

Matrícula Libertas:

Matrícula na empresa:

CPF:

Naturalidade:

Telefone Residencial:

Telefone Celular:

Telefone Profissional:

RELAÇÃO DE DEPENDENTE

Nome:

Estado Civil:

Sexo M/F:

Data de Nascimento:

CPF:

Grau de parentesco:

CATEGORIA:

DEPENDENTE DIRETO

DEPENDENTE ESPECIAL

CAMPO DE PREENCHIMENTO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

CNS:

Nome:

Estado Civil:

Sexo M/F:

Data de Nascimento:

CPF:

Grau de parentesco:

CATEGORIA:

DEPENDENTE DIRETO

DEPENDENTE ESPECIAL

CAMPO DE PREENCHIMENTO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

CNS:

Nome:

Estado Civil:

Sexo M/F:

Data de Nascimento:

CPF:

Grau de parentesco:

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.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Na qualidade de titular do Plano Assistencial da Fundação Libertas, venho requerer a inscrição do(s) meu(s) dependente(s) acima discriminado(s), declarando conhecer o Regulamento específico do Plano Privado de Assistência à Saúde.

Autorizo o débito mensal das contribuições a que estiver sujeito, após o deferimento da inscrição do(s) meu(s) dependente(s), bem como as participações que me competem globais ou parciais em minha folha de pagamento ou a critério da Fundação Libertas

Data: _____ Assinatura do Titular: _____

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

JUNTAMENTE COM ESTE FORMULÁRIO DEVEM SER ENTREGUES OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- **Cópia do documento de identidade e CPF do titular e de todos os dependentes;**
- **Documento comprobatório de parentesco (Certidão de Casamento, Certidão de Nascimento, Declaração de União Estável – disponível no site da Fundação Libertas);**
- **Declaração de Condições de Saúde dos dependentes.**