

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Matícula Libertas: _____ Patrocinadora: _____

Nome do novo titular do grupo familiar: _____

Endereço/ Logradouro: _____ Bairro: _____ N°: _____

Complemento: _____ UF: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone Celular: _____

Telefone Residencial: _____ Telefone Comercial: _____

E-mail: _____

Desconto do Plano: Folha de Benefícios Débito em conta Boleto

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

RELAÇÃO DE DEPENDENTES MANTIDOS

Dependente (sem abreviatura): _____

Filiação (sem abreviatura): _____

Dependente (sem abreviatura): _____

Filiação (sem abreviatura): _____

Dependente (sem abreviatura): _____

Filiação (sem abreviatura): _____

Declaro, neste ato, para os devidos fins de direito, que assumirei o pagamento de todas as despesas com contribuições e/ ou coparticipações de procedimentos médicos e hospitalares de todo o grupo familiar mantido, além de todas as despesas do titular falecido, inclusive aquelas ainda não apresentadas pela rede de prestadores de serviços de saúde credenciada pela FUNDAÇÃO LIBERTAS.

Declaro-me, ainda, ciente de que o pagamento de tais despesas é condição inafastável para a minha permanência no plano de saúde administrado pela FUNDAÇÃO LIBERTAS e que em caso de falecimento do titular com decisão liminar vigente junto ao plano, o novo responsável pelo grupo familiar assume o percentual de desconto anteriormente aplicado ao titular. Estou ciente de que, exclusivamente no caso do plano Ex-MinasCaixa, será necessário comprovar o recebimento de renda na condição de pensionista do titular falecido no plano de benefícios da MinasCaixa. Para isso, deverá ser enviado à Fundação Libertas, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a partir da data do falecimento do titular, o comprovante de renda. Caso o documento não seja apresentado dentro do prazo, o plano de todo o grupo familiar poderá ser cancelado.

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.

TRATAMENTO DE DADOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Declaro, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, que AUTORIZO EXPRESSAMENTE o tratamento dos dados pessoais da criança/adolescente indicado como beneficiário, nos termos do art. 14 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

Declaro, ainda, que as informações prestadas são verdadeiras e que possuo poderes legais para conceder este consentimento.

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 dependente