

CNPB do Plano:

Matrícula do Participante:

DADOS DO INSTITUIDOR

Nome do Intituidor:

CNPJ do Instituidor:

*Pré-preenchido para os demais instituidores***DADOS DO PARTICIPANTE**

Nome:

CPF:

Logradouro:

Nº:

CEP:

Complemento:

Bairro:

Cidade/Estado:

Telefone:

E-mail:

Representante legal *(em caso de participante menor de idade, curatelado ou tutelado)*

CPF:

Pelo presente Termo, o assistido acima identificado, cumprido os requisitos regulamentares referentes ao prazo para percepção do benefício de renda continuada, contados a partir da Data de Início do Benefício e, depois, da última alteração procedida, com base no saldo remanescente da Conta CIB e opta pela ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DA RENDA, na forma seguinte:

 Desejo Receber A Parcela Referente Ao Abono Anual**OPÇÕES DE RENDA MENSAL** Prazo Determinado: () Anos (mínimo de 5 e máximo de 30 anos, com intervalos de 1 (um) ano completo). Prazo Mensal em Percentual: do Saldo de Contas (%) Entre 0,1% e 1,5% com intervalos de 0,05%. Renda Mensal em Reais do Saldo de Contas (R\$) Entre 0,1% e 1,5% com intervalos de 0,05%

Declaro estar ciente de que o início de vigência da nova forma de percepção dar-se-á conforme disposto no Regulamento, a partir do mês subsequente ao da opção ora realizada.

Por fim, declaro estar ciente de que, caso o benefício seja inferior a uma URP, o valor residual existente na conta CIB será pago de uma só vez, com os encargos de estilo, encerrando-se assim todo e qualquer vínculo do Assistido para com o plano de benefícios.

A opção conferida através do presente Termo NÃO se aplica aos assistidos aposentados por invalidez, cuja renda é paga somente pelo prazo indeterminado, conforme Regulamento.

TRATAMENTO DE 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