

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome:

 CPF: _____ Matrícula Libertas: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Telefone Celular: _____ E-mail: _____

Representante Legal: _____ CPF: _____

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

CONTRIBUIÇÕES VOLUNTÁRIAS

Conforme previsto no Regulamento do VocêPrev, desejo realizar a Contribuições Voluntárias, de caráter facultativo, periódicas ou não, de valor livre, respeitado o valor mínimo da Contribuição Básica, conforme abaixo:

Valor:	Quantidade:	Mês/Ano Início:	Mês/Ano Fim:

OPÇÃO DE DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO:

Boleto Bancário Deconto em Conta (Apenas para conta no Banco do Brasil)

DADOS DA CONTA BANCÁRIA (PARA OPÇÃO DÉBITO EM CONTA)

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Titular da Conta: _____ CPF: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DAS CONTRIBUIÇÕES

Observadas as minhas opções expressas neste formulário, autorizo a Fundação Libertas a emitir boleto bancário ou efetuar o desconto na conta indicada. Estou ciente que os valores deverão ser pagos mensalmente, e que em casos de atrasos ou não pagamento dos mesmos, implicará em penalidades previstas ou até o cancelamento da inscrição e dos beneficiários do VocêPrev conforme as condições do Regulamento. Autorizo a administração do Plano a tomar todas as providências necessárias conforme minha solicitação neste documento.

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.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante/Representante Legal

Assinatura da pessoa física vinculada no caso de
opção de débito em conta