

Identificação do participante

Nome:	CPF:	Matrícula Fundação:
Endereço:	N°:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Nome do Instituidor:	Nome do plano de benefício:	CNPB:
Telefone fixo:	Celular:	
E-mail:		

Em virtude da minha vontade e/ou cancelamento do vínculo com o Instituidor, manifesto minha decisão por uma das opções constantes deste Termo, na forma abaixo, desde que atendidas as condições estabelecidas no regulamento do Plano de Benefícios.

- Benefício Proporcional Diferido** - é o instituto que faculta ao participante-ativo, em razão da cessação do vínculo associativo com o Instituidor antes da aquisição do direito ao benefício programado previsto neste regulamento, optar por receber, em tempo futuro, o benefício decorrente dessa opção, nos termos deste regulamento.
- Portabilidade** - é o instituto que faculta ao participante-ativo transferir os recursos financeiros correspondentes ao seu direito acumulado no VocêPrev para outro plano de benefícios de caráter previdenciário, operado por entidade de previdência complementar ou seguradora autorizada a operar o referido plano. **Estou ciente que a opção pela portabilidade extingue os compromissos do plano de benefícios, administrado pela Fundação Libertas em relação à minha pessoa e de meus beneficiários. Neste caso, deverá ser preenchido o Termo de Portabilidade específico.**
- Autopatrocínio** - é o instituto que faculta ao participante-ativo a continuidade do pagamento de suas contribuições ao VocêPrev após a cessação do vínculo associativo com o Instituidor, de modo a manter sua inscrição, momento em que passará à condição de participante vinculado.
- Resgate** - é o instituto que faculta ao participante-Ativo o recebimento de valor decorrente do seu desligamento do VocêPrev e seu exercício implica a cessação dos compromissos do plano para com o participante e seus beneficiários. O pagamento do resgate está condicionado ao cumprimento de um prazo de carência de **36 (trinta e seis) meses**, contados a partir da data de inscrição do participante no plano.

- Resgate Parcial** - Até 20% (vinte por cento) do saldo da Subconta Contribuições Básicas, condicionada a primeira solicitação ao cumprimento do prazo de carência de 36 (trinta e seis) meses contados da inscrição, podendo nova solicitação ser feita a cada 2 (dois) anos.
- Resgate Parcial** - Até 100% (cem por cento) do saldo da Subconta Contribuições Voluntárias, da Subconta Terceiros – PF e da Conta Recursos Portados a qualquer tempo, depois de cumprida a carência de 36 (trinta e seis) meses, contados da inscrição.
- Resgate Total** - O resgate da totalidade dos recursos é permitido ao Participante Vinculado e ao Participante Remido antes da entrada em gozo de Benefício, se cumprido o prazo de carência de 36 (trinta e seis) meses contados da inscrição.

Na opção pelo Instituto de **Resgate** é necessário que nos envie: Identidade, CPF, comprovante bancário e endereço. **A assinatura deverá ter o reconhecimento de firma em Cartório.**

Nesse caso, autorizo a Fundação Libertas de Seguridade Social a creditar o valor correspondente a esse instituto, conforme dados bancários abaixo:

Banco (nome e número):

Agência (nome e número):

Conta corrente:

- Pagamento único.**
- Pagamento parcial de _____ % em _____ parcelas mensais consecutivas** (máximo de 60 parcelas).
- Pagamento total em _____ parcelas mensais consecutivas** (máximo de 60 parcelas).

As parcelas são devidamente atualizadas pelo índice de reajuste específico do Plano.

É vedado o resgate de recursos, oriundos de portabilidade, constituídos em planos de benefícios administrados por Entidades Fechadas de Previdência Complementar.

Declaração/autorização do participante

Assumo a responsabilidade integral pelas informações prestadas, declarando ter conhecimento da legislação vigente, minha forma de tributação e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios. Autorizo a administração do plano a tomar as providências necessárias conforme minha opção assinalada 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.

Local

Data

Assinatura do participante

Para uso da Fundação Libertas de Seguridade Social

Data de recebimento

Responsável pelo recebimento