

**Identificação do participante**

Nome:	CPF:	Matrícula MGS:
<input type="text"/>		
Endereço:	N°:	Bairro:
<input type="text"/>		
Cidade:	UF:	CEP:
<input type="text"/>		
Telefone fixo:	Celular:	
<input type="text"/>		
E-mail:		
<input type="text"/>		

**Opções de contribuição**

- Opção 1 - autopatrocínio:** manter as contribuições normais durante o período de licença. {aposentadoria programada, risco (pensão e invalidez) e administração}.
- Manter o percentual de contribuição atual.
- Alterar o percentual de contribuição durante a licença para:
- % **incidente sobre o salário efetivo de até 10 URPs**; de 0,5% a 1,5%, variando de forma crescente, em intervalos de 0,5% (Art. 23, inciso I).
- % **incidente sobre o salário efetivo que exceder a 10 URPs**, limitado a 40 URPs; de 1,5% a 7%, variando de forma crescente, em intervalos de 0,5% (Art. 23, inciso II).
- Opção 2 - cobertura de risco:** manter somente as contribuições de risco durante o período de licença.
- Opção 3 - suspensão:** suspender as contribuições normais e de risco durante o período de licença.

**Obs.:** a manutenção da contribuição normal implica automaticamente na manutenção da contribuição de risco.

Ao optar pelo pagamento apenas da taxa de risco, exporro minha concordância em ter os valores referentes a taxa de risco e administração cobrados via boleto bancário.

Tenho ciência que ao optar pela suspensão das contribuições (opção 3), na ocorrência de invalidez ou morte, não haverá a cobertura do **saldo projetado** do fundo de previdência, nos termos do (Art. 46, §1º do Regulamento) plano.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo WhatsApp: **(31) 3181 1337**.

O preenchimento deste formulário não dispensa o participante da leitura e observância do Regulamento, consistindo no documento oficial do plano MGSPrev, aprovado pela PREVIC, órgão regulador e fiscalizador das Entidades Fechadas de Previdência Complementar.

### **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