

ALTERAR PARA:

Prodemge Master

Prodemge Família

DADOS DO TITULAR DO PLANO

Nome:

CPF:

Matícula Libertas:

Telefone:

E-mail:

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.

DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que estou ciente de que a alteração será realizada no primeiro dia útil imediatamente após a solicitação e que, para realizar uma nova mudança, será necessário aguardar o prazo de 6 (seis) meses a contar da última alteração. Estou ciente também de que a mudança de produto será estendida a todo o meu grupo familiar.

ASSINATURA

As partes, 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 titular (obrigatório)

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Cópia do RG e CPF (titular) ou CNH

CAMPO DE PREENCHIMENTO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

Data do recebimento: _____

Data da Alteração: _____

Responsável pela alteração: _____