FUNDAÇÃO Libertas

Termo Individual de Inscrição - CDPrev

CNPB - Nº 2011.0012-18

DADOS PESSOAIS

Nome:

Nome Social:

Data de nascimento: | CPF: | Est.Civil:

Sexo:

◯ Masculino ◯ Feminino ◯ Outros: | CEP:

Endereço/ Logradouro: | Bairro: | Nº:

Complemento: | UF: | Cidade:

E-mail Pessoal: | E-mail Comercial:

Telefone: | Celular:

DADOS PROFISSIONAIS

Matrícula da empresa: | Data de admissão: | Salário:

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS*

(Pessoas físicas indicadas para receber benefício por morte ou valores decorrentes do falecimento do participante)

Nome:	CPF:	Data *Nascimento:*	Parentesco:
Nome:	CPF:	Data *Nascimento:*	Parentesco:
Nome:	CPF:	Data *Nascimento:*	Parentesco:
Nome:	CPF:	Data *Nascimento:*	Parentesco:
Nome:	CPF:	Data *Nascimento:*	Parentesco:

Caso a documentação não seja entregue, será desconsiderado como beneficiário

CONTRIBUIÇÃO NORMAL DO PARTICIPANTE

Autorizo o desconto das minhas contribuições por meio da Folha de Pagamento ou da forma determinada pela Fundação Libertas de Seguridade Social, correspondente ao percentual sobre meu Salário Efetivo, conforme opção registrada abaixo:

Contribuição* Normal Mensal Inicial de: _____ %

**Limite mínimo de 3% (três por cento) e o limite máximo de 12% (doze por cento), considerando os percentuais variando de forma crescente, em intervalos e 0,5% (meio por cento).*

INFORMAÇÕES DO PARTICIPANTE PARA ATENDER A LEGISLAÇÃO *(Instrução PREVIC nº 18/2014)*

Pessoa politicamente exposta:

◯ Não ◯ Sim *Necessário formalizar em documento específico - Declaração de Pessoa Politicamente Exposta/site da Libertas.*

Conceito: *agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares (parentes da linha direta até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada) e outras pessoas de seu relacionamento próximo.* ***No caso de dúvidas procure o atendimento da Libertas. Se for Pessoa Politicamente Exposta - PPE, favor solicitar a Libertas o formulário específico.***

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA*

• Documento de identificação do titular e beneficiário(s) com CPF: documento de identidade ou CNH (Carteira Nacional de Habilitação).

O deferimento do pedido de inscrição e inclusão de beneficiário(s), pela Fundação Libertas, dependerá da apresentação de todos os documentos.

Solicitamos o envio de documentos que comprovem a matrícula e a data de admissão, tais como contrato de trabalho ou documento equivalente.

DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento do regulamento do plano de benefícios CDPrev disponível no site da Fundação Libertas. Estou ciente que assinatura da inscrição, concretiza a efetivação da minha entrada no plano, bem como dos meus beneficiários, comprometendo-me a informar à Fundação Libertas qualquer alteração ocorrida nas informações aqui prestadas em até 30 (trinta) dias de sua ocorrência e juntando os documentos, sob pena de me responsabilizar pelos encargos causados ao plano decorrentes das informações não prestadas tempestivamente.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a Fundação Libertas poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação das informações ora prestadas, bem como utilizar e tratar as informações de dados pessoais, inclusive de meios digitais, para fins de operacionalização e de gestão do plano.

Autorizo o desconto das minhas contribuições por meio da Folha de Pagamento ou da forma determinada pela Fundação Libertas de Seguridade Social, correspondente ao percentual sobre meu Salário Efetivo, conforme opção registrada.

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 7° e 11 da Lei n° 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8°, § 5°, da Lei n° 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.

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.

Data	Assinatura do participante