

CAMPOS RESERVADOS AO PREENCHIMENTO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

CNPB do plano:

Matrícula do participante:

DADOS DO INSTITUIDOR E ASSOCIADO

Nome Instituidor:

CNPJ do Instituidor:

Nome do associado (pessoa física que possui vínculo com o Instituidor):

CPF do associado:

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome Civil*:

Nome Social**:

*Nome Civil: nome atribuído à pessoa física, considerado desde seu nascimento, e durante toda a sua existência, que o identifica.

**Nome Social: nome pelo qual pessoas transexuais, travestis ou qualquer outro gênero se identifica e é socialmente reconhecida (Decreto nº 8.727/2016).

CPF:

Sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

Gênero

☐ Travesti ☐ Transexual feminino ☐ Transexual masculino ☐ Não se aplica ☐ Outros: _____

Nº identidade:

Órg. emissor:

Data expedição:

Parentesco com o associado:

Data de nascimento:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Estado civil:

Nome do cônjuge/companheiro(a):

Nome da mãe:

Nome da pai:

CEP:

Endereço/ Logradouro:

Número:

Bairro:

Complemento:

Cidade:

UF:

Telefone residencial:

Telefone comercial:

Celular:

Outros:

E-mail 1:

Ocupação profissional:
(Deixar em branco caso não tenha)

E-mail 2:

Representante Legal:

CPF:

INDIQUE OS BENEFICIÁRIOS* (pessoas físicas indicadas para receber o benefício por morte ou valores decorrentes do falecimento do participante)

Nome do beneficiário:

Representante Legal:

Nascimento:

Parentesco/vínculo:

Sexo:

%Rateio:

Nome do beneficiário:

Representante Legal:

Nascimento:

Parentesco/vínculo:

Sexo:

%Rateio:

Nome do beneficiário:

Representante Legal:

Nascimento:

Parentesco/vínculo:

Sexo:

%Rateio:

Nome do beneficiário:

Representante Legal:

Nascimento:

Parentesco/vínculo:

Sexo:

%Rateio:

*No caso de indicação de mais de um beneficiário, deverá informar o percentual que caberá a cada um para fins de recebimento de benefício por morte ou valores decorrentes do falecimento do participante. Caso o percentual não seja indicado, o rateio será feito pela Entidade em partes iguais entre os beneficiários inscritos no plano.

ESCOLHA AS CONTRIBUIÇÕES

Contribuição obrigatória do participante

Contribuição básica:

R\$:

☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

CONTRIBUIÇÃO PARA COBERTURA DE RISCO ADICIONAL

O VocêPrev oferece Cobertura de Risco Adicional, destinada ao recebimento do benefício na ocorrência de invalidez ou de morte de participante, por meio de seguradora contratada. A cobertura é individual e facultativa e implica, obrigatoriamente, no pagamento mensal da contribuição de risco definidas pela seguradora, previstas na Apólice/Contrato do Seguro a ser firmado e, ainda, de acordo com o preenchimento da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde da Seguradora.

Contratar cobertura de risco adicional?

Risco a ser contratado:

☐ Sim ☐ Não

☐ Morte ☐ Invalidez ☐ ambos

Formas de desconto da contribuição - Escolha uma

☐ Boleto bancário: ☐ Débito em conta:

Débito em conta: dados da conta bancária (**para opção débito em conta**, somente para correntistas do **Banco Itaú**).

Cidade: _____ UF: _____ Telefone residencial: _____
Titular da conta: _____ CPF: _____

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

☐ Não ☐ Sim *Necessário formalizar em modelo 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.

Relacionamento com os Estados Unidos - US person/FATCA (Instrução Normativa RFB nº 1571, de 02/07/2015)

☐ Não ☐ Sim *Necessário formalizar em modelo específico - Declaração de Relacionamento com EUA/site da Libertas.*

Conceito: caracterizam-se como US Person as pessoas que tenham:

- Cidadania norte-americana, incluindo os detentores de dupla nacionalidade e passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos Estados Unidos;
- Residência fiscal nos EUA, ou seja, que possuem Green Card e que possa se tornar um residente permanente legal;
- Presença física nos Estados Unidos para fins tributários por pelo menos: 31 dias durante o ano corrente ou 183 dias nos últimos 3 anos.

Identificação de contas financeiras (países aderentes ao CRS) (Instrução Normativa RFB nº 1.680/16)

Possui conta financeira mantida em país diferente da sua residência fiscal? (local registrado junto às autoridades fiscais, onde o contribuinte presta informações tributárias para fins de arrecadação e recolhimento de impostos).

☐ Não ☐ Sim

Indique qual o país: _____

Conceito: a Instrução normativa da Receita Federal, dispõe sobre a obrigatoriedade da identificação e reporte de contas financeiras de pessoas físicas com residência fiscal em qualquer país aderente ao CRS- Common Reporting Standard (troca automática de informação fiscal).

Em conformidade com a legislação, a Fundação libertas adotará o procedimento de identificação para os participantes do plano de benefício, caso o país indicado seja aderente ao CRS, sendo necessário o preenchimento posterior de formulário específico para este fim.

DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento do Regulamento do VocêPrev disponível no site da Fundação Libertas. Estou ciente que a assinatura da inscrição, concretiza a efetivação da minha entrada no Plano, bem como dos meus beneficiários indicados, comprometendo-me a informar à Fundação Libertas qualquer alteração ocorrida nas informações aqui prestadas em até 30 (trinta) dias de sua ocorrência, sob pena de me responsabilizar pelos danos 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.

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.

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.

Local:

Data:

Assinatura do participante/Representante Legal

Assinatura do titular da conta para débito
ou para desconto em folha

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA NA INSCRIÇÃO (PARTICIPANTES E BENEFICIÁRIOS)

- Cópia da carteira de identidade e do CPF, cópia da certidão de casamento, cópia de certidão de nascimento, cópia de documento que comprove a representação legal (se for o caso) e comprovante de endereço.
- **Formulário de desconto em folha, caso tenha feito esta opção.**