FUNDAÇÃO Libertas

Declaração US PERSON

Nome Civil*: CPF:

Nome Social**:

***Nome Civil:** nome atribuido 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).*

Empresa: Matrícula Empresa:

CAMPO DE PREENCHIMENTO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS Matrícula Libertas:

FATCA

A Receita Federal, através da Instrução Normativa RFB nº 1.571, de 02/07/2015, estabeleceu procedimentos referentes a operações financeiras que abrangem o intercâmbio de informações realizado, nos termos do FATCA, com o governo dos Estados Unidos. O FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) é uma lei norte-americana que visa combater a evasão fiscal em relação a rendimentos obtidos fora daquele país por cidadãos norte americanos ou mesmo por estrangeiros que, por força da legislação aplicável, possuem obrigações fiscais nos EUA. Tais cidadãos são designados como US Persons. A lei americana é aplicável no Brasil segundo o Decreto nº 8.506, de 24/08/2015.
É considerado US Person aquele que se enquadrar em ao menos uma daTs seguintes hipóteses:

1 - Ser cidadão norte-americano, por ser nascido nos EUA ou por ter pais americanos (cidadania derivada) ou, ainda, por ter a cidadania americana (naturalização);
2 - Ser residente fiscal dos EUA, por possuir o Green Card ou ter presença substancial nos EUA para fins tributários, isto é, por pelo menos 31 dias nos últimos 12 meses ou por 183 dias nos últimos 36 meses;
3 - Ter parte de empresa (Domestic Partnership ou Domestic Corporation) ou Trust constituído nos EUA.

QUESTIONÁRIO

É nascido nos EUA?	◯ Não ◯ Sim
Tem pai, mãe, cônjuge ou companheiro com cidadania americana?	◯ Não ◯ Sim
É americano naturalizado?	◯ Não ◯ Sim
Possui visto de residência permanente nos EUA - Green Card?	◯ Não ◯ Sim
Permaneceu por mais de 31 dias nos EUA nos últimos doze meses?	◯ Não ◯ Sim
Permaneceu por mais de 183 dias nos EUA nos últimos 36 meses?	◯ Não ◯ Sim
Possui endereço nos EUA, incluindo caixas postais?	◯ Não ◯ Sim

Informe:

Possui número de telefone nos EUA? Informe: _____	◯ Não ◯ Sim
Executa instruções de pagamentos ou transferências de recursos para um endereço ou conta mantida nos EUA?	◯ Não ◯ Sim
Possui procuração outorgada por uma pessoa com endereço nos EUA ou a favor de uma pessoa com endereço nos EUA?	◯ Não ◯ Sim
Possui imóvel nos EUA?	◯ Não ◯ Sim
Possui fonte de renda nos EUA?	◯ Não ◯ Sim
Possui nacionalidade diferente da brasileira ou americana? Informe: _____	◯ Não ◯ Sim
Possui residência fiscal diferente da brasileira ou americana? Residência fiscal: residência/domicílio registrado junto às autoridades fiscais para efeito de impostos e notificações. Informe: _____	◯ Não ◯ Sim

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a FUNDAÇÃO poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação das informações, ora prestadas, bem como, comprometo-me informar à Libertas qualquer alteração que venha ocorrer, por meio do encaminhamento de uma nova declaração

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.

Local: Data:

_____ | _____

_____

Assinatura do participante/Representante Legal