

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome Civil:

Nome Social:

Matrícula:

CPF:

Telefone:

Celular:

E-mail pessoal:

E-mail Comercial:

- AUXÍLIO DOENÇA (PARTICIPANTE COM CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO)
- PARTICIPANTE EM ATIVIDADE NA FUNDAÇÃO LIBERTAS
- PARTICIPANTE AUTOPATROCINADO
- OUTRAS FORMAS DE SUSPENSÃO (VIDE REGULAMENTO)

• AUXÍLIO DOENÇA - (PARTICIPANTE COM CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO)

Solicito a suspensão temporária das minhas contribuições normais para o Plano, ciente que estarei obrigado(a) a recolher as contribuições destinadas à administração e de risco do Plano, e que durante o período de suspensão, no caso de ocorrência de invalidez, morte ou reclusão, eu ou meus beneficiários TEREMOS cobertura adicional do Saldo Projetado do Fundo Previdencial.

Obs.: Caso o participante retorne as atividades na empresa sem a comunicação prévia e formal à Fundação LIBERTAS, sua Opção de Suspensão será automaticamente cancelada.

• PARTICIPANTE EM ATIVIDADE NA FUNDAÇÃO LIBERTAS

Com base no artigo 45, § 2º, do Regulamento CDPrev, solicito a suspensão temporária, por no máximo 03 (três) meses, das minhas contribuições normais para o Plano, ciente que estarei obrigado(a) a recolher as contribuições destinadas à administração do Plano e que durante o período de suspensão, no caso de ocorrência de invalidez, morte ou reclusão, eu ou meus beneficiários NÃO TEREMOS cobertura adicional do Saldo Projetado do Fundo Previdencial.

• PARTICIPANTE AUTOPATROCINADO

Com base no artigo 45, § 3º, do Regulamento CDPrev, solicito a suspensão temporária, por no máximo 24 (vinte e quatro) meses, das minhas contribuições normais para o Plano, ciente que estarei obrigado(a) a recolher as contribuições destinadas à administração do Plano e que durante o período de suspensão, no caso de ocorrência de invalidez, morte ou reclusão, eu ou meus beneficiários NÃO TEREMOS cobertura adicional do Saldo Projetado do Fundo Previdencial.

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 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.

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.

Período de suspensão de, _____ de _____ de 20 ____ . até _____ de _____ de 20 _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____ _____

Assinatura do participante