

NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO DO PLANO PREVIDENCIAL, VENHO REQUERER O BENEFÍCIO ABAIXO ASSINALADO

Aposentadoria Normal Aposentadoria Antecipada Aposentadoria por Invalidez Pensão Benefício Proporcional Diferido (BPD)

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Nome Social: _____

Data de nascimento: _____ CPF: _____ Carteira de Identidade: _____

Matrícula Fundação Libertas: _____ Matrícula Empresa: _____ CEP: _____

Endereço/ Logradouro: _____ Bairro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ UF: _____ Cidade: _____

E-mail Pessoal: _____ E-mail Comercial: _____

Telefone Residencial: _____ Telefone Comercial: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Marque abaixo para beneficiário de Imposto de Renda

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____ Data de nascimento: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DESIGNADOS

Marque abaixo para beneficiário de Imposto de Renda

Nome: _____	Grau de Parentesco: _____	Data de nascimento: _____	<input type="radio"/>
Nome: _____	Grau de Parentesco: _____	Data de nascimento: _____	<input type="radio"/>
Nome: _____	Grau de Parentesco: _____	Data de nascimento: _____	<input type="radio"/>
Nome: _____	Grau de Parentesco: _____	Data de nascimento: _____	<input type="radio"/>

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PARTICIPANTE DO PLANO DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA-CD

Saque à Vista (até 25% da CIB): _____%

Pagamento Único | (_____) até 60 parcelas.

Com reversão em Benefício de Pensão por Morte:

Sim | Não

Opções de Renda Mensal

Prazo Indeterminado | Prazo Certo: (_____) anos
(5, 10, 15, 20, 25, 30 ou 35 anos)

Prazo Certo Linear: (_____) anos
(5, 10, 15, 20, 25, 30 ou 35 anos)

Declaro junto à fundação Libertas, serem verdadeiras todas as informações acima.

Conforme Lei nº 14.803 de 10 janeiro de 2024, solicito a alteração do regime de tributação do meu plano de previdência para:

OPÇÃO DE TRIBUTAÇÃO (LEI Nº 11.053/04)

Regime tributário progressivo compensável

Incidência do imposto de renda sobre os resgates à alíquota fixa de 15% como antecipação do imposto devido na Declaração de Ajuste Anual. Os Benefícios são tributados de acordo com a tabela progressiva mensal, a mesma aplicada aos salários. Esta opção não poderá ser retratada enquanto permanecer vinculado a este plano, somente em caso de portabilidade para outro plano.

Regime Tributário regressivo definitivo

Resgates de contribuição e rendas mensais de aposentadoria sujeitam-se à incidência do imposto de renda com alíquotas decrescentes, de acordo com o prazo de acumulação dos recursos do plano, de forma definitiva, variando de 35% (até 2 anos) a 10% (acima de 10 anos). Essa opção é irretratável, ou seja, não poderá ser alterada durante sua vinculação a este plano ou qualquer outro caso de portabilidade.

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 requerente