

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

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Aposentadoria por Idade | <input type="radio"/> Aposentadoria por Tempo | <input type="radio"/> Aposentadoria por Invalidez | <input type="radio"/> Supl. Apos. Especial |
| <input type="radio"/> Pensão por Morte | <input type="radio"/> Auxílio Doença | <input type="radio"/> Pecúlio por Morte | <input type="radio"/> Benefício Proporcional Diferido (BPD) prazo p/recebimento _____ anos (de 15 a 30 anos) |

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: _____

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.

DECLARO JUNTO À FUNDAÇÃO LIBERTAS, SEREM VERDADEIRAS TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA

Local:

Data:

Assinatura do requerente