

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Nome Social: _____

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

Orgão Emissor: _____ Matrícula Empresa: _____ CEP: _____

Endereço/ Logradouro: _____ Bairro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ UF: _____ Cidade: _____

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

Telefone Residencial: _____ Telefone Comercial: _____

Pelo presente Termo, o assistido abaixo identificado, cumprido os requisitos regulamentares referentes ao prazo para percepção do benefício de renda continuada, contados a partir da Data de Início do Benefício e, depois, da última alteração procedida, com base no saldo remanescente da Conta CIB e opta pela **ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DA RENDA**, na forma seguinte:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> RENDA POR PRAZO CERTO | <input type="radio"/> 5 anos | <input type="radio"/> 10 anos | <input type="radio"/> 15 anos | <input type="radio"/> 20 anos | <input type="radio"/> 25 anos |
| | <input type="radio"/> Com reversão em Pensão | <input type="radio"/> Sem reversão em Pensão | | | |
| <input type="radio"/> RENDA POR PRAZO INDETERMINADO | <input type="radio"/> Com reversão em Pensão | | <input type="radio"/> Sem reversão em Pensão | | |

Declaro estar ciente de que o início de vigência da nova forma de percepção dar-se-á conforme disposto no Regulamento, a partir do mês subsequente ao da opção ora realizada, e o novo valor será calculado de acordo com o saldo remanescente.

Por fim, declaro estar ciente de que, caso o benefício seja inferior a uma a uma **URP**, o valor residual existente na conta CIB será pago de uma só vez, com os encargos de estilo, encerrando-se assim todo e qualquer vínculo do Assistido para com o plano de benefícios.

A opção conferida através do presente Termo **NÃO** se aplica aos assistidos aposentados por invalidez, cuja renda é paga somente pelo prazo indeterminado, conforme Regulamento.

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

Necessário apresentação de cópia de RG e CPF.